1770 — 94992

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 98

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Novembre 1908, à 1 heure

Par FERNAND LE COINTE

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Rouen, le 23 Juin 1881.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSTOCIE PAR BRIDES & CLOISONNEMENTS VAGINAUX

d'Origine congénitale

Président : M. PINARD, *Professeur*

Juges : MM. BLANCHARD, *Professeur.*
MACAIGNE, COUVELAIRE, *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

M. le Docteur LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui nous a donné de si multiples preuves d'affectueux intérêt et qui nous a conseillé d'entreprendre ce travail.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M le Pr Terrier, professeur de Clinique chirurgicale (In memoriam).

M. le Dr Lepage, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Boucicaut.

M. le Dr Gosset, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Dr Sevestre, médecin de l'hôpital Bretonneau (In memoriam).

M. le Dr Landrieux, médecin de l'hôpital Lariboisière.

M. le Dr Villemin, chirurgien de l'hôpital Bretonneau.

M. le Dr Lesné, médecin des Hôpitaux.

M. le Dr Frédet, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des Hôpitaux.

qui nous ont donné leur si précieux enseignement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

M. le Dr Ch. Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, qui a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

M. le Dr François Hue, professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

M. le Dr Martin, professeur de Clinique obstétricale et de Gynécologie.

M. le Dr Halipré, professeur d'hystologie.

M. le Dr Bataille, professeur d'anatomie.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DES SCIENCES DE ROUEN

MM. les professeurs Lecaplain, Buguet

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, dans le service de notre maître le docteur Lepage, un cas de diaphragme vaginal presque complet chez une femme enceinte, près du terme.

A première vue on aurait pu supposer que cette bride gênerait l'expulsion fœtale et nécessiterait une intervention active par la voie vaginale, au moment du travail. Il n'en fut rien ; et la cloison ayant été ouverte pendant la grossesse, l'accouchement se termina presque spontanément.

L'étude de ce cas isolé nous a incité à étudier plus complètement cette question.

Depuis longtemps déjà, les notions embryologiques ont expliqué ces cas. Nous serions désireux, après avoir retracé les grandes lignes de leur histoire, d'insister particulièrement sur la conduite qu'il convient de tenir au cours du travail en présence des brides et des cloisons vaginales. Car si elles peuvent et doivent, dans l'immense majorité des cas, bénéficier de l'expectation et d'une chirurgie conservatrice, elles peuvent, dans d'autres cas, rares il est vrai, relever d'une intervention par la voie haute.

Nous n'aurons en vue dans ce travail que le pronostic

de l'accouchement dans les malformations vaginales congénitales.

Nous osons espérer que nos juges respectés, prenant en considération nos efforts, voudront bien nous accorder toute leur favorable indulgence.

HISTORIQUE

Dès la plus haute antiquité, on a connu les accidents occasionnés par l'imperforation des organes génitaux de la femme ; mais c'est seulement au XVII[e] siècle que nous voyons apparaître la première observation d'accouchement empêché par une cloison vaginale membraneuse. Les auteurs anciens d'ailleurs mentionnent seulement des atrésies vulvaires, et semblent ignorer que l'imperforation peut siéger en un point plus élevé de la cavité vaginale. Hippocrate (1) parle de « matrice bouchée » et s'occupant des rétrécissements du vagin, conseille « d'appliquer, si les parties génitales sont rétrécies, un pessaire fait de graines d'anis et d'ache triturée. »

Aristote, dans son livre *De generatione animalium*, n'est guère plus explicite qu'Hippocrate.

Celse (2) semble le premier, dans son ouvrage *De re Medica*, donner une division des atrésies vaginales, en congénitales et acquises.

Pline l'Ancien (3), vers la même époque, cite le cas de Cornélie, mère des Gracques, qui serait venue au

(1) Hippocrate. *Œuvres comp.* trad. Littré, 1861, t. VIII.

(2) Celse, *De re med.*, liber VIII, cap. 28 ; — *Artis med. principes*, édit. Haller. Lausanne, 1772, t. VIII, p. 154.

(3) Pline, *Hist. nat.*, lib. VII, cap. XV. Trad. Guéroult, Paris, 1845, p. 41.

monde, les parties sexuelles imperforées, présage de malheur, qui se réalisa plus tard, dit Pline, par le massacre de Tibérius et de Caïus Gracchus.

Galien, un siècle plus tard, n'ajouta rien de nouveau aux travaux de ses prédécesseurs.

Vers le v^e^ ou le vi^e^ siècle après Jésus-Christ, Ætius d'Amide (1) fait le premier une étude plus complète de la question, qu'il semble mieux connaître que ses devanciers, et décrit trois espèces d'atrésies. Il donne même un procédé opératoire de ces malformations, et conseille après l'opération de maintenir écartées les lèvres de la plaie à l'aide d'un cylindre d'étain introduit dans le vagin.

Avicenne (2), au commencement du xi^e^ siècle, classe les atrésies vaginales en deux catégories, suivant qu'elles mettent obstacle à l'écoulement des règles, ou à la sortie de l'enfant. Il prévoit même le cas où un cloisonnement incomplet du vagin pourrait faire obstacle à l'accouchement, et conseille, comme traitement, la dilatation jusqu'à rupture des lèvres de l'orifice, avec le doigt préalablement enveloppé d'un linge.

Lanfranc, vers la fin du xiii^e^ siècle, Guy de Chauliac (3) et Ambroise Paré, au xiv^e^ siècle, n'ajoutèrent rien aux faits déjà connus.

Au xvi^e^ siècle, Dalechamps (4) décrit ainsi le siège et les symptômes des malformations vaginales : « Cet

(1) Ætius, *Contractæ ex Veteribus medicinæ tetrabilos Lugduin* 1549, in-fol. cap. 95-96, p. 1019.

(2) Avicenne, *Opera. Venetiis*, 1607, in-fol. t. I, trad. IV, lib. 3, cap. I et II.

(3) Guy de Chauliac, *La grande chirurgie*, trad. Mingelousault, Bordeaux, 1672.

(4) Dalechamps, *Chir. franç.* Lyon, 1570, in-8, p. 430.

empeschement est quelquefois au profond, quelquefois aux ailes ; quelquefois en l'espace qui est entremi icelles, et celà est ou une carnosité ou une membrane. Cette maladie donne grand empeschement à recevoir la compagnie de l'homme, à concevoir et enfanter et à rendre la purgation menstruale, si la membrane ou carnosité bouche du tout le passage ; car en aucunes femmes, l'une et l'autre est pertuisée au milieu. » Cet auteur semble déjà mieux connaître la question que ses prédécesseurs, puisqu'il l'étudie au point de vue de l'écoulement menstruel, du coït et de la fécondation ; mais il ne semble pas s'être préoccupé du pronostic de l'accouchement.

C'est seulement au siècle suivant que nous voyons avec Ruisch (1), apparaître la première observation d'accouchement empêché par une cloison membraneuse incomplète, située derrière l'hymen non déchiré. Il rapporte qu'il dut inciser deux membranes successives, et l'accouchement se termina rapidement.

Heister (2), l'un des plus illustres élèves de Ruisch, quelques années plus tard, rapportait une observation analogue recueillie par Becker.

Dans la première moitié du XVIII^e^ siècle, Benevoli (3) observait et rapportait un nouvel exemple de cloison transversale, en tout semblable à celui de Ruisch.

Mauriceau, dans son *Traité des maladies des femmes grosses* (tome I), écrit en parlant du vagin dans

(1) Ruisch, *Observat. anat.*, t. I, obs. XXII.

(2) Heister, *Institutiones chir.*, trad. Paul (d'Avignon), 1770, in-8, t. IV, p. 1 à 19.

(3) Benevoli, *Dissert. sopra l'orig. del Ernia intest., etc...* 1747, in-4. Firenza.

le chapitre : Des parties de la femme : « Sa largeur est presque égale depuis un bout jusques à l'autre, à l'exception de son entrée extérieure qui est plus resserrée à l'endroit des caruncules myrtiformes ; et on ne trouve aucun hymen en son milieu, comme ont voulu plusieurs auteurs, qui disent qu'il s'y rencontre une membrane située en travers et percée seulement d'un petit trou pour laisser écouler les mois et les autres superfluités, laquelle reste ainsi tendue jusques à ce que par le coït ou autrement, elle vienne à être forcée et déchirée, à quoi on peut reconnaître que la femme est vierge ou qu'elle ne l'est pas. »

Mauriceau semble ici ne pas avoir bien connu les brides et diaphragmes vaginaux, puisqu'il n'admet pas l'existence de ce qu'il appelle, en parlant de la cavité vaginale, « un hymen en son milieu. » Il semble même avoir mal interprété les descriptions des malformations vaginales faites par ses prédécesseurs, auxquels il ne ménage pas la critique.

Jusqu'à la fin du XVIII^e^ siècle, on ne trouve pas de travail d'ensemble sur les atrésies des voies génitales de la femme, et cependant quelques cas avaient été publiés, surtout par les accoucheurs. Aux trois observations de Ruisch, Benevoli et Becker, étaient venues s'en ajouter trois publiées par Morgagni (1), Schultze et Willis (2) portant à six le nombre des faits analogues alors connus.

Au XIX^e^ siècle, Madame Lachapelle, dans sa *Pratique des Accouchements*, s'exprime ainsi (T. III, art. III).

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*. Venetiis 1761, in-fol. let. 46, edit. 1764.

(2) Willis, cité par Villette. Th. Paris 1854, n° 251 sans autre indication.

« *Obstacles dus au vagin et aux parties externes* : on peut dire du vagin une partie de ce qui vient d'être dit, de l'orifice de l'utérus. En effet, des tumeurs fibreuses, hydatiques, polypeuses, squirrheuses et même syphilitiques, développées soit dans les parois même du canal, soit au voisinage, peuvent en obstruer la cavité ; de même *des brides* ou cicatrices peuvent le fermer en partie. J'ai vu plusieurs fois des *cloisons imparfaites,* des *sortes de valvuves* fort larges, situées à diverses hauteurs, et vers différentes régions. On sent qu'il est difficile de rien établir de général sur des faits aussi divers. L'étendue, la consistance de ces obstacles, font varier les indications : il en est qu'une simple incision détruit, comme nous l'avons vu pour l'hymen et pour ces brides qui rétrécissent la vulve ; mais souvent, la nature seule ou aidée par l'art (version, forceps) déchire ou dilate assez les brides, ou les valvules, ou comprime assez les tumeurs, pour qu'on puisse se dispenser de couper les premières, d'ouvrir ou d'emporter les deuxièmes. Ce n'est que dans des cas fort rares, qu'on se voit forcé de recourir à la craniotomie ou à l'opération césarienne. »

Ici, comme on le voit, la question est parfaitement étudiée et déjà mise au point par la très excellente clinicienne.

Il faut encore signaler au XIX^e^ siècle, les importants travaux de Bas (1) et Villette (2) en 1812 et 1824 ; de Boyer (3) dans sa clinique chirurgicale ; de Samuel Cooper dans son *Dictionnaire de chirurgie*. Incidemment

(1) Bas, *Oblit. du vag.* Th. Paris, 1812.
(2) Villette, *De l'atrétisme.* Th. Paris, 1824.
(3) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 1846, t. V.

et sous divers titres, cette question est traitée dans les thèses de J.-P. Robin (1), Ledru (2), Labadie-Delalande (3), Serrière (4), Bonnecase (5), Guéretin (6).

Deux importants ouvrages restent à signaler ; le premier dû à M. le professeur Le Fort (Th. agrégation, 1863) traite des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Le second est le mémoire de Puech, sur les atrésies des voies génitales de la femme (7).

Dans ces dernières années, le professeur Tarnier (8), Courty (9), Polaillon (10), Würtz (11), Bourrus (12), ont surtout étudié ces vices de conformation au point de vue obstétrical.

Aujourd'hui c'est aux très nombreux et importants travaux d'embryologie faits dans ces dernières années que l'on doit s'adresser pour donner aux malformations utérines et vaginales leur explication rationnelle.

(1) Robin, Th. Paris, 1845.
(2) Ledru, *De l'hymen*. Th. Paris, 1855.
(3) Labadie-Delalande, Th. Paris, 1856.
(4) Serrière, *De l'imperf. de l'hymen*. Th. Paris, 1866.
(5) Bonnecase, *Trait. chir. des imp. du vagin*. Th. Paris, 1872.
(6) Guéretin, *Imperf. de l'hymen*. Th. Paris, 1873.
(7) Puech, *De l'atrésie des voies génitales de la femme*, 1864.
(8) Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouch.*, t. III.
(9) Courty, *Traité des maladies des femmes*, 1870.
(10) Polaillon, *Soc. Chirurgie*, 23 mars 1887.
(11) Wurtz, Th. Paris, 1877.
(12) Bourrus, Th. Bordeaux, 1891.

DÉFINITION

Il est difficile de donner une définition précise des brides et cloisons vaginales, et cette difficulté résulte de leur très grande variabilité quant à leur forme, leurs dimensions, leurs points d'insertion. Ce sont pour la plupart des formations membraneuses souples, très irrégulières, qui n'ont de commun que leur origine congénitale. C'est en effet à un défaut ou plutôt à un arrêt du développement embryonnaire, que l'on doit dans la majorité des cas rapporter leur existence, et nous verrons dans un prochain chapitre leur mode de formation. Ce qu'il importe surtout de bien savoir, c'est qu'elles diffèrent essentiellement, aussi bien par leur origine que par leur structure, des rétrécissements congénitaux ou acquis.

Les rétrécissements, en effet, paraissent être plus fréquemment acquis, qu'ils aient une origine cicatricielle ou syphilitique, étiologie de la majorité des cas ; on peut dire au contraire que les brides ou cloisons ont presque toujours une origine congénitale, car nous ne parlerons pas des brides cervico-vaginales d'origine cicatricielle, rares du reste, et qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.

Tandis que les brides et cloisons vaginales en général membraneuses, souples et extensibles, ne constituent

qu'un obstacle partiel, et ne causent que très rarement une dystocie grave, les rétrécissements cicatriciels ou syphilitiques, formés de tissus rigides et inextensibles, constituent souvent une véritable sténose plus ou moins étendue et parfois infranchissable.

Nous n'aurons donc en vue dans ce travail que les brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale.

EMBRYOLOGIE

Plusieurs hypothèses ont été successivement émises sur la façon dont se développent l'utérus et le vagin. D'après Rathke (1) la matrice prend naissance en partie du canal génital, en partie de la portion terminale des tubes de Müller ; la paroi postérieure du sinus uro-génital s'accroît pour devenir un cul-de-sac, à l'extrémité duquel les canaux de Müller s'abouchent. Le développement varierait alors selon la forme que doit prendre l'utérus. Quand l'utérus est simple ou bicorne, le cul-de-sac du sinus uro-génital devient le vagin, et le segment inférieur de l'utérus, tandis que le corps de l'utérus et les cornes naissent de la partie inférieure des canaux de Müller. En somme, les différentes formes d'utérus dépendraient de la part prépondérante que prendraient à leur formation, le canal génital ou les oviductes ; ces derniers prenant par exemple une part plus grande dans la formation de l'organe, on aurait alors un utérus bicorne.

Mais cette théorie n'explique pas comment une matrice double peut exister avec un vagin double. Bischoff admet la théorie de Rathke, mais d'après lui, le vagin proviendrait du canal uro-génital.

(1) In Kussmaul.

En 1852 Leuckart (1) et Thiersh (2) émirent d'après leurs observations, une autre hypothèse : pour Thiersh, les canaux de Müller se soudent de bas en haut, et forment un seul canal qui devient le vagin et le corps de l'utérus.

Pour Leuckart, les canaux de Müller se fusionnent sur la ligne médiane, formant ainsi un organe impair, le « canalis genitalis » qui s'élargit et se divise ensuite en utérus et en vagin.

On voit donc que les conduits de Müller forment la totalité du canal vaginal, et qu'à l'origine, l'utérus et le vagin sont doubles.

Le vagin se forme aux dépens du segment inférieur des deux canaux de Müller accolés, le segment supérieur formant l'utérus et les trompes.

Les mémoires de Debierre, de Tourneux et Legay en France ; de Meckel, Kœlliker et Fürst en Allemagne, sur le développement du conduit utéro-vaginal ont montré toute l'importance de la question au point de vue de l'interprétation des malformations observées.

Mais c'est surtout M. le Prof[r] Pozzi qui a définitivement mis au point les notions acquises, en montrant que les canaux de Müller ne forment pas la totalité du vagin. Le segment tout inférieur de ce conduit n'étant pas d'origine mullérienne, la partie antérieure du sinus uro-génital se déprime pour former un cul-de-sac, le canal vestibulaire de Legay, dans lequel s'ouvrent les canaux de Müller. Il résulte de cette théorie que les malformations vaginales, d'origine mullérienne, s'accom-

(1) Leuckart, *Illustr. med. Zeitschr.*, 1852, p. 93.
(2) Thiersh, *ibid.*, 1852, p. 11.

pagneront le plus souvent de malformations utérines parallèles, tandis qu'il n'y aura pas concomitance de malformations vulvaires, d'origine vestibulaire : fréquemment on pénétrera dans un vagin double, par un orifice vulvaire unique.

Voici ce que nous enseigne l'embryologie : il est facile de se figurer qu'un arrêt de développement des canaux de Müller, à un stade quelconque, puisse avoir comme conséquence la persistance d'une cloison et d'une bride vaginale. Nous étudierons plus loin le mécanisme de ces formations.

CONSTITUTION ANATOMIQUE

Parmi les malformations vaginales par arrêt de développement, les cloisonnements sont les plus importants et les plus fréquents. Ceux-ci peuvent être longitudinaux ou transversaux.

1° — Cloisonnements longitudinaux.

Dans cette variété il existe un septum fibro-muqueux qui divise le vagin en deux parties, disposées en canon de fusil.

Si la cloison divise la totalité du vagin, on a généralement un utérus double. Il est rare dans ces cas que les deux conduits vaginaux soient également développés. Schrœder a néanmoins signalé le cas d'un cloisonnement vaginal complet, coïncidant avec un col et un utérus unique (Obs. n° XIV). L'un des vagins est en général plus large ; c'est celui dans lequel se pratique habituellement le coït et qui, en cas de grossesse, répondra à l'utérus gravide.

Pour Charpentier, les deux vagins sont d'une dimension inégale, l'un se terminant en cul-de-sac, tandis que l'autre aboutit aux deux cols utérins.

Quant à la cloison de séparation, elle n'est pas au milieu de l'organe : le conduit gauche est en général situé un peu en avant de l'autre.

L'hymen qui correspond à ce double vagin, est parfois perforé d'un double orifice, parfois il est simplement annulaire, et séparé de la cloison par un intervalle plus ou moins grand.

M. le Professeur Pozzi a décrit une variété importante de vagin double, le *vagin borgne latéral*, « formé par le développement rudimentaire d'un des conduits de Müller qui a constitué un demi-vagin, fermé du côté de la vulve, tandis qu'en haut, il reçoit un des cols de l'utérus. Cette lésion est presque toujours à droite. La poche ainsi formée est l'origine des hématocolpos et pyocolpos latéraux, collections bizarres, qui déroutent longtemps le diagnostic. »

Le cloisonnement peut être partiel, et c'est alors la partie supérieure de la cloison qui manque, en raison du mode de coalescence des canaux de Müller.

Dans d'autres cas, la cloison est perforée par endroits, longue seulement de quelques centimètres. Elle peut même être réduite à des vestiges, à des brides fibreuses, tendues comme des ponts de droite à gauche, et qui présentent, dans leurs formes, leurs dimensions et leur direction, une extrême variabilité.

Dans quelques cas plus rares enfin, la cloison semble tordue en hélice (observation de Breyski, in *Deutsche chirurgie*), de telle sorte qu'un des conduits vaginaux semble s'enrouler autour de l'autre pris comme axe : primitivement latéral, un des vagins peut devenir antérieur par rapport à l'autre.

2° — Cloisonnements transversaux.

Cette variété très bien étudiée dans la thèse de

Delaunay (Th. Paris, 1877), peut affecter la forme de croissants ou de diaphragmes, complets ou incomplets.

La disposition de ces cloisons varie peu : presque toujours c'est un plan membraneux placé de champ, et fermant le conduit vaginal en un point de son parcours ; sorte de diaphragme qui peut être plus ou moins complet, et dont l'épaisseur peut varier de 1 à 6 millimètres.

S'il s'agit d'un diaphragme complet, celui-ci présente toujours au moins un orifice dont le siège est variable de même que le diamètre. Souvent il occupe le centre de la cloison, mais parfois aussi il est situé sur les parties latérales. Quelquefois, au lieu d'un orifice, on en trouve deux ou davantage. Le diamètre de ces orifices est variable : larges de 2 centim. dans certains cas, ils peuvent dans d'autres être petits au point d'être découverts avec la plus grande difficulté, et d'admettre seulement l'extrémité d'un stylet de trousse. L'existence d'une cloison transversale complète, c'est-à-dire sans orifice, constatée chez une femme enceinte ou en travail, ne pourrait s'expliquer que par une oblitération survenue pendant la grossesse. Tel fut d'ailleurs le cas de la parturiente, dont nous rapportons plus loin l'observation (Observation XV), qui présentait un diaphragme vaginal à orifice complètement obstrué par une série de petits kystes sébacés, et pour lequel on dut intervenir.

Scanzoni dans son ouvrage *Traité des maladies des organes sexuels*, assigne comme siège le plus fréquent à ces malformations, l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de la cavité vaginale. En réalité les cloisons transversales n'ont pas de situation fixe, on les trouve en général vers la partie moyenne ou un peu au dessus.

D'ailleurs la distance qui sépare la vulve de l'obstacle n'a pas été notée dans tous les cas et les mensurations sont toujours sujettes à quelques variations.

Le nombre des cloisons est moins variable ; en général on en trouve une seule ; quelquefois cependant on a pu en signaler deux, trois et jusqu'à quatre, étagées les unes au dessus des autres dans la cavité vaginale.

Quant aux brides diverses qu'il est possible de rencontrer, elles présentent une trop grande variabilité pour pouvoir se prêter à une description d'ensemble.

Enfin dans certains cas, il existe seulement des fragments de cloison sous forme de saillies linéaires verticales, aplaties transversalement, et occupant la ligne médiane, sur la paroi antérieure, la paroi postérieure du vagin, ou sur les deux à la fois.

Structure. — Ordinairement, la cloison est épaisse, charnue, rappelant la consistance de la cloison recto-vaginale. Cette épaisseur parait d'ailleurs devoir être assez variable, et la structure du cloisonnement doit beaucoup dépendre de son épaisseur : « mince, elle est uniquement composée de deux muqueuses adossées, séparées seulement par une très légère couche de tissu cellulaire : c'est l'opinion de Scanzoni. Si l'épaisseur est plus considérable, on y rencontre des fibres musculaires et des fibres élastiques en plus ou moins grande abondance. Les deux couches muqueuses se continuent sans ligne de démarcation avec celles qui tapissent la cavité vaginale. Quant à la couche intermédiaire, elle va, si elle est simplement celluleuse, se continuer avec le tissu de même nature qui double la muqueuse vaginale ; si elle contient des fibres musculaires, celles-ci vont sans

doute s'entremêler à celles qui forment la tunique moyenne du vagin.

L'état des parois vaginales à ce niveau semble normal ; au-dessus et au-dessous de l'obstacle, le vagin conserve son aspect habituel ».

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

§ 1. — Etiologie.

« Longtemps, écrit M. le professeur Pozzi, on a considéré les malformations de tous les organes, comme de simples caprices de la nature ». Les premières tentatives d'explication rationnelle, appartiennent à F. L. Meissner (1) et à W. H. Busch (2), surtout à Kussmaul. Quant à la cause initiale des anomalies des organes génitaux, il est bien difficile de dire s'il faut croire à un simple arrêt de développement, ou remonter jusqu'à la conception de l'atavisme, car quelque paradoxal que cela puisse paraître, l'hérédité entre certainement en jeu dans la production des malformations observées.

M. Pozzi donne de leur étiologie un aperçu tout particulièrement intéressant : « La cause immédiate, la condition anatomique de la malformation est, dans l'immense majorité des cas, un simple *arrêt dans l'évolution morphologique* ou dans la *croissance organique*. Il importe de faire une distinction très nette entre ces deux catégories de faits. Dans la première l'organe, tout en ayant un type fœtal, peut avoir des dimensions adultes ; dans la seconde, qui peut exister seule ou se combiner à

(1) F. L. Meissner, *Lehrbuch der Frauenkr.*, 1842.
(2) W. H. Busch, *Das Geschlechtsleben des Weibes*, 1841.

la première, l'organe ayant le type adulte a été atteint *d'aplasie*, il est resté plus petit en totalité ou dans certaines de ses parties.

Enfin, il est des faits qui semblent ne pouvoir s'expliquer que par un véritable *processus pathologique* ayant produit des adhérences et des soudures durant la vie embryonnaire. De cet ordre seraient certaines brides vaginales. »

Les malformations de l'utérus et du vagin sont fréquemment solidaires; ainsi on observe simultanément l'absence complète d'un des segments du canal génital, avec le développement rudimentaire ou le cloisonnement de l'autre.

§ 2. — Pathogénie.

En ce qui concerne la pathogénie des malformations vaginales, elle est intimement liée au développement embryogénique et en particulier au développement et à l'évolution des canaux de Müller :

1° Si les deux canaux de Müller restent accolés dans toute leur étendue, la cloison médiane ne se résorbant pas, on a un appareil génital absolument double et un vagin cloisonné dans toute sa longueur ;

2° La cloison se résorbe-t-elle au niveau du col, on a le vagin incomplètement cloisonné ;

3° Si la résorption est incomplète, la cloison laissant par places des débris, ceux-ci constituent des replis falciformes ou des brides verticales, très irrégulières comme nous l'avons vu, quant à leur disposition ou à leur forme ;

4° Quant aux rétrécissements formés par des brides

transversales, et qui peuvent affecter la forme de croissants ou de diaphragmes plus ou moins complets ; ils sont peut-être dus à la persistance partielle de la soudure qui unit les parois vaginales à un certain moment de l'existence embryonnaire, ou à un arrêt de développement plus accusé des canaux de Müller en un point déterminé de leur trajet.

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, dit « qu'on peut rapprocher l'anomalie que constituent les brides transversales observées dans le vagin, chez la femme, de la disposition qui existe à l'état normal chez certains animaux.

Chez les cétacés, on a trouvé jusqu'à huit replis successifs, simulant une série de museaux de tanche superposés : chez la femelle du chimpanzé, les plis du vagin forment des cloisons fort étendues. Chez la brebis, les anneaux ou diaphragmes se succèdent dans le vagin jusqu'au col de l'utérus. »

De ces considérations il résulte, et c'est l'opinion de notre maître M. Lepage, que les différentes anomalies que nous venons d'étudier, n'ont pas la même origine : « Si l'on peut considérer comme des débris de la cloison d'adossement des deux vagins primitifs, les piliers verticaux qui plus ou moins près de la ligne médiane, unissent la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure, il n'en saurait être de même des cloisons transversales. Il faut invoquer, pour expliquer ces anomalies, une influence ancestrale, et un arrêt dans l'évolution morphologique. »

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

§ 1. — Symptomatologie.

Les symptômes qu'il est possible d'observer dans les malformations vaginales qui nous occupent, diffèrent sensiblement en dehors de toute grossesse, suivant que la cloison est longitudinale ou transversale.

Assez effacés en général dans le premier cas, si ce n'est dans la forme décrite sous le nom de *vagin borgne latéral*, pouvant être l'origine des hématocolpos et pyocolpos latéraux, les symptômes peuvent acquérir une importance toute particulière dans les cas de cloison transversale, lorsque celle-ci est complète.

Les médecins anciens disaient en parlant des cloisons transversales complètes : « impediuntur purgatio, coïtus et conceptio. »

Les troubles de la menstruation sont en effet les premiers symptômes observés : douleurs de plus en plus fortes à chaque époque menstruelle, sans écoulement sanguin, avec accompagnement de troubles nerveux. Augmentation du volume de l'utérus qui se contracte ; phénomènes généraux graves, pouvant en quelques mois devenir tout-à-fait inquiétants. Parfois la palpation permet de sentir une tumeur abdominale volumineuse entraînant des phénomènes douloureux, atroces, qui

attirera l'attention du côté d'une rétention de règles. Enfin, s'il est possible, le toucher vaginal permettra, par un examen direct, de faire immédiatement le diagnostic. Le toucher rectal pourrait, le cas échéant, permettre d'arriver en arrière du vagin à une hauteur suffisante, pour y sentir, s'il existe une cloison complète, une tumeur plus ou moins volumineuse, formée par la dilatation du segment supérieur de l'organe.

Le coït est généralement difficile et parfois impossible ; mais il ne faut pas oublier que les rapprochements sexuels peuvent, en rompant la cloison, amener la guérison.

Quant à la fécondation, il est de toute évidence qu'elle est impossible dans le cas de cloison transversale complète.

Tels sont, rapidement esquissés, les symptômes de cette malformation par ailleurs assez rare. Il nous reste maintenant à étudier les cloisonnements vaginaux pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

I. — *Grossesse.* — Au cours de la grossesse, les cloisonnements vaginaux incomplets, longitudinaux ou transversaux offrent en général peu de symptômes caractéristiques ; souvent même ils passent complètement inaperçus : c'est qu'en effet, d'une part, la femme n'ayant rien observé d'anormal dans son état, ne se confie pas à l'examen du médecin ; d'autre part, certaines cloisons, les longitudinales en particulier, sont si intimement accolées à la paroi vaginale, qu'elles peuvent échapper même à l'observation d'un clinicien averti. Nous ne devons pas oublier en effet que l'usage habituel d'un des conduits vaginaux, annihile fonction-

nellement l'autre, et accole la cloison de séparation contre les parois du vagin : c'est donc souvent tout à fait par hasard que le praticien, au cours d'un examen, découvre une de ces malformations.

Dans d'autres cas, au contraire, l'attention du médecin sera attirée par les troubles fonctionnels accusés par la malade. Il s'agira le plus souvent de symptômes douloureux entraînant une grande difficulté, parfois même une impossibilité absolue de pratiquer le coït.

Plus rarement, cette gêne fonctionnelle s'accompagnera de douleurs violentes au moment des règles : alors il s'agira en général de malformation vaginale, compliquée de malformation cervicale.

Quoi qu'il en soit, le médecin devra essayer de préciser le diagnostic par les différents procédés d'investigation dont il dispose. L'inspection de la vulve, permettant parfois de constater la présence d'un double orifice vulvaire, séparé par un pont membraneux, indiquera qu'il existe plus haut une séparation vaginale.

C'est le toucher qui fournira naturellement les renseignements les plus utiles, en permettant de préciser la forme et les connexions de la malformation. Tantôt il s'agira d'une cloison complète, déterminant la formation d'un vagin double ; tantôt la cloison sera plus ou moins incomplète, perforée d'orifices plus ou moins nombreux, réduite, dans certains cas, à des ponts ou débris membraneux, sur la très grande variabilité desquels nous ne reviendrons pas ici. On essaiera aussi de se renseigner sur la consistance de ces brides, afin d'en tirer si possible, le pronostic de l'accouchement futur, car s'il est vrai que dans la très grande majorité des cas, elles

présentent une souplesse qui peut autoriser toute espérance, elles ont pu, dans d'autres cas par leur rigidité, faire naître une dystocie véritable.

S'il s'agit d'un diaphragme plus ou moins complet, le doigt parvenu sur cette formation s'arrêtera sans pouvoir atteindre le col ; ce n'est qu'avec difficulté qu'il pourra, dans certains cas, passant par l'orifice du diaphragme, arriver jusqu'à la région cervicale.

Enfin il sera bon, dans tous les cas de malformation vaginale sérieuse, de pratiquer l'exploration systématique de l'utérus, qui généralement n'aura pas échappé à l'arrêt de développement ; car nous savons, sans vouloir y insister ici, quelle importance peut avoir au moment de l'accouchement, la présence d'une malformation utérine.

L'examen au spéculum pourra aussi être pratiqué, mais dans le plus grand nombre des cas, il n'apportera rien de nouveau au diagnostic déjà posé.

II. — *Accouchement.* — Au moment de l'accouchement, les brides et cloisonnements subissent des modifications, qui leur permettent, dans la majorité des cas, de livrer passage au produit de conception : ils se ramollissent, se distendent, se laissent refouler dans une situation très variable le long des parois vaginales ; parfois même se déchirent, de telle façon qu'il peut être difficile à ce moment de reconnaître une malformation vaginale, diagnostiquée à un examen antérieur. Dans tous les cas, il importe de ne pas confondre un cloisonnement avec un col imparfaitement dilaté. « Pour éviter cette erreur, il faudra pratiquer minutieusement le toucher vaginal. On sentira alors à une hauteur

variable dans le vagin, une membrane plus ou moins résistante, ordinairement perforée, tendue sur la tête qui la repousse au-devant d'elle. Le doigt, dans un large mouvement de circumduction, reconnaîtra que cette membrane s'insère directement sur les parois vaginales dans tout son pourtour, et l'observateur sera surtout frappé par l'absence des culs-de-sac normaux du vagin. Quelquefois le doigt pourra pénétrer dans l'ouverture de la cloison, et sentir au delà l'orifice externe du col en voie de dilatation : en pareil cas, le diagnostic s'impose (1). »

§ 2. — **Diagnostic.**

Les éléments du diagnostic sont contenus dans la symptomatologie et nous n'aurons pas à y revenir ici. Nous devons, par contre, dire quelques mots de certaines lésions rares il est vrai, pour la plupart, mais qui pourraient néanmoins, au cours d'un examen, amener quelque trouble dans l'esprit de l'observateur :

1° Un hymen refoulé dans la cavité vaginale : la confusion ne paraît guère possible à un examen sérieux;

2° Une absence congénitale de la portion vaginale du col, compliquée de brièveté du vagin. Ce diagnostic peut présenter une certaine difficulté, surtout s'il doit être fait à une époque rapprochée de l'accouchement.

Depaul, dans ses *Leçons de clinique obstétricale*, parlant de l'état du col après l'accouchement, s'exprime ainsi : « Tantôt le col a conservé la longueur qu'il avait à la première grossesse ; tantôt, ce qui est plus fréquent, il est diminué de longueur et augmenté de largeur. Il

(1) Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouch.*, t. III.

peut arriver qu'il soit réduit à un bourrelet plus ou moins prononcé ; que l'une des lèvres ait été complètement détruite, ou même qu'il n'existe plus du tout, un simple orifice plus ou moins serré faisant alors communiquer la cavité utérine avec la cavité vaginale. *Cette dernière disposition peut être congénitale.* » Dès lors il est facile de s'expliquer la possibilité de l'erreur de diagnostic ;

3° Le col effacé, et commençant à se dilater ; dans ce cas le diagnostic est généralement facile à faire en pratiquant le toucher ;

4° Le col déformé par plusieurs accouchements est presque entièrement disparu. Dans ce cas le diagnostic se fera par la situation haute de l'orifice ; l'aboutissant du vagin dans les différents culs-de-sac ; la dureté et la résistance du point rétréci.

En résumé, le diagnostic différentiel sera dans presque tous les cas facile, pour peu que l'on procède avec méthode à un examen attentif.

ÉTUDE DE LA DYSTOCIE

On peut dire que ce qui domine cette étude, c'est en général le peu de gravité de la dystocie dans les malformations vaginales congénitales. Rarement, en effet, la présence d'une bride à pu faire naître une complication sérieuse, nécessitant une intervention urgente.

Aussi l'expectative sera-t-elle la meilleure conduite à tenir dans la majorité des cas, en se tenant prêt néanmoins à intervenir à la première indication.

En général, le début du travail et la période de dilatation ne sont pas influencés par les malformations qui nous occupent : le col subit normalement les transformations habituelles ; seule son exploration peut être rendue très difficile par la présence d'un diaphragme transversal. Celui-ci subit lui-même d'ailleurs dans beaucoup de cas, des modifications très importantes : « les tissus qui le constituent se gonflent, s'amollissent et se distendent à un degré tout-à-fait inespéré, ce qui rend parfois inutile une intervention qu'on aurait crue nécessaire. »

Certains auteurs cependant ont signalé la lenteur du travail et de la période de dilatation ; Bernard (1) dans sa thèse conclut que le cloisonnement entraîne généralement la dystocie. Il est vrai de dire que certains

(1) Bernard, Th. Paris, 1898.

diaphragmes serrés et inextensibles en gênant gravement la dilatation du col, peuvent prolonger anormalement le travail et amener la mort de l'enfant. Mais ce n'est là en réalité qu'une complication assez exceptionnelle. Par contre, au moment de la période d'expulsion, la dystocie peut prendre plus d'importance. S'il s'agit d'un cloisonnement vertical, et que le vagin double coïncide avec l'utérus double, l'accouchement n'est en général pas gêné à cause de la continuité directe de ce canal avec la moitié gravide de l'utérus. La cloison anormale s'accole contre la paroi vaginale, pour livrer passage au produit de conception. Mais si la cloison est incomplète, n'occupant pas toute la hauteur du vagin, et s'arrêtant à quelque distance de l'orifice utérin, le bord supérieur de la cloison, si celle-ci ne se déplace pas latéralement, peut mettre obstacle à la sortie du fœtus.

S'agit-il d'une cloison transversale, la partie fœtale engagée dans le vagin, s'arrêtera sur la cloison sans pouvoir la franchir, malgré des efforts quelquefois très énergiques. On verra se produire les phénomènes que l'on observe chez les primipares âgées, et dans les cas de résistance anormale du périnée : à chaque contraction, la tête descendra un peu, pour remonter ensuite au même niveau. Alors le travail se prolonge, les forces s'épuisent et l'accouchement ne peut se terminer sans une intervention. Si la malformation n'a pas été reconnue dès le début, elle peut, faisant traîner anormalement l'accouchement en longueur, amener la mort de l'enfant ; si les contractions sont très violentes et répétées, elles peuvent déterminer une rupture de l'utérus et du vagin, complications des plus graves, mais fort heureusement très rares.

La marche de l'accouchement est d'ailleurs variable suivant le nombre des cloisons, leur épaisseur, leur résistance, la largeur de leur orifice ; le pronostic étant évidemment plus grave quand le cloisonnement est complet, et s'il existe plusieurs cloisons.

La variété de présentation peut donner à la dystocie une allure particulière. Si dans la présentation du sommet, on n'observe en général que des symptômes déjà connus, la tête venant simplement buter contre le cloisonnement, il n'en est pas de même dans la présentation du siège, qui peut venir se placer pour ainsi dire à cheval sur le pont membraneux, un pied se trouvant ainsi procident dans la cavité vaginale qui ne répond pas à l'utérus gravide. (Obs. n° XIV de Pierra, et Obs. n° XVI personnelle). Dans ces cas, une manœuvre assez simple en général permettra de réduire la dystocie.

Quelques points particuliers nous restent à étudier : dystocie de la délivrance, difficulté possible des interventions au moment du travail ou pendant les suites de couches.

Disons tout d'abord qu'un cloisonnement vertical, s'accolant facilement contre la paroi vaginale, n'apportera à toute intervention qu'un obstacle très léger, comparé au cloisonnement transversal plus ou moins serré, qui peut créer de très sérieuses difficultés.

La délivrance peut dans certains cas présenter quelques particularités du fait d'un cloisonnement vaginal. D'une part, la concomitance si fréquente d'une malformation utérine pourra facilement amener une rétention placentaire ; d'autre part, il est peut-être permis de penser qu'un diaphragme serré de la cavité vaginale

pourra, si il n'a pas été déchiré antérieurement, s'opposer de quelque façon à l'issue de la masse placentaire. Dans tous les cas, une délivrance artificielle aura facilement raison de cette dystocie particulière.

Quant aux interventions qu'il pourrait être nécessaire d'entreprendre au cours du travail (forceps, version, embryotomie, basiothripsie), elles pourront être dans certains cas de rétrécissement serré, rendues très difficiles. Il faudra alors essayer de dilater manuellement et avec prudence l'orifice de ce diaphragme, sans oublier que toute manœuvre brusque peut amener une déchirure étendue de la malformation, amorce possible d'une déchirure du vagin, et même de la paroi utérine. Aussi dans le cas de bride résistante et serrée, sera-t-il plus prudent de sectionner l'obstacle, avant de tenter toute autre intervention. Un cloisonnement transversal du vagin peut enfin, en s'opposant à l'écoulement normal des lochies, amener un certain degré d'infection utérine : il faudra, dans tous les cas, surveiller avec la plus grande attention, pendant les suites de couches, les femmes atteintes de malformation vaginale, et s'assurer à la moindre élévation thermique, qu'elle n'est pas due à un drainage défectueux de la cavité utérine.

PRONOSTIC

L'étude rapide que nous venons de faire nous permet de dire que le pronostic des malformations vaginales congénitales est bénin.

Au cours de la grossesse : on peut assister à la résorption de la cloison qui sépare le vagin de l'utérus, phénomène assez fréquent. « On dirait que ces tissus anormaux subissent de profondes perturbations dans leur nutrition, sous l'influence des changements qu'amène l'état puerpéral. De là vient à la fois le danger de rupture utérine, la facilité de déchirure de la cloison vaginale, ou l'extensibilité inespérée des brides congénitales. »

Au moment de l'accouchement : les cloisonnements forment en général une cause de dystocie peu grave. Les seuls efforts de la nature, suffisent parfois à triompher de l'obstacle. Cependant il arrive que des cloisonnements incomplets forment un éperon qui s'oppose au passage de la tête fœtale ; dans ces cas, le médecin aura en général facilement raison de l'obstacle qu'il aura observé.

Il existe pourtant des cas malheureux, où de simples incisions qu'on aurait pu croire inoffensives ont été suivies d'accidents funestes ; leur possibilité devra toujours engager l'accoucheur à rester au point de vue du pronostic, dans une sage réserve.

TRAITEMENT

Le point essentiel de la question du traitement des brides et cloisons vaginales, est la nécessité pour le praticien de savoir, dans la majorité des cas, se borner à l'expectative. Le plus souvent, en effet, on verra au cours de travail, les malformations observées se transformer, au point de laisser contre toute attente passer le produit de conception, et l'observation détaillée que nous rapportons au cours de ce travail (Obs. n° XV) montre qu'un diaphragme très serré et en apparence inextensible, a pu permettre à la tête fœtale de franchir l'obstacle sans grande difficulté.

M. Pozzi remarque d'ailleurs : « que les tissus pendant le travail, se gonflent, s'amollissent et se distendent à un degré tout-à-fait inespéré, ce qui rend parfois inutile une intervention qu'on aurait crue nécessaire ».

Malheureusement, l'expectative ne pourra pas être dans tous les cas la conduite à tenir : nous devons examiner quel traitement actif pourra être appliqué, au cours de la grossesse, et au moment de l'accouchement.

1° Pendant la grossesse.

Il semble aujourd'hui que dans nombre de cas, on a pu intervenir chez une femme enceinte, sans amener

l'expulsion prématurée du contenu de la cavité utérine. Néanmoins puisque, le plus souvent, les malformations vaginales étudiées donnent lieu à une symptomatologie si peu nette, et entraînent une gêne fonctionnelle si peu marquée, qu'elles sont ignorées de la malade et découvertes par hasard par le médecin, il est inutile d'intervenir au cours de la grossesse et d'exposer la parturiente à une complication inattendue. Car si, dans la majorité des cas, le pronostic de l'intervention est bénin, il est impossible de donner à la femme la certitude qu'elle ne fera pas un avortement ou un accouchement prématuré. On n'interviendra donc qu'en cas d'indication formelle, et ces cas sont des plus rares.

La contre-indication essentielle réside d'ailleurs dans ce fait que toutes les brides vaginales peuvent subir les modifications nécessaires au cours du travail, et qu'en tout cas, il sera temps d'agir au moment de la période d'expulsion.

Il ne faut pas oublier, en outre, qu'une plaie opératoire vaginale au cours de la grossesse, crée une porte d'entrée à l'infection et qu'une intervention, inutile par ailleurs, expose la femme, au moment du travail, à des complications infectieuses toujours à redouter.

Telles sont les raisons diverses qui militent en faveur de la méthode conservatrice.

2° Au moment de l'accouchement.

Là encore, il faudra savoir attendre, mais en surveillant de près la parturiente, afin de pouvoir intervenir à la première indication.

Dès que l'intervention aura été jugée nécessaire, c'est dans la grande majorité des cas à la section de la bride qu'il faudra avoir recours. On pourra au préalable tenter un traitement d'essai, soit en décollant des adhérences, soit en dilatant avec le doigt des diaphragmes rétrécis et rigides. Ce mode de traitement qui pourra être essayé parfois avec succès dans les cloisonnements légers et incomplets, ne nous paraît pas devoir donner de résultats appréciables dans les malformations plus complètes, et c'est alors à la section qu'il faudra avoir recours. Cette section devra être assez précoce, car si l'on peut dire qu'au cours du travail, une issue très favorable est la rupture spontanée de l'obstacle, il ne faut pas oublier que si la cloison résiste, la prolongation du travail peut mettre en danger la mère et l'enfant.

Dans une observation de Pignaut, citée par Tarnier, la tête du fœtus avait passé au-dessus d'une bride longitudinale, et le tronc au-dessous : le cou du fœtus resta retenu appliqué contre la vulve, et étranglé par cette bride : la section de l'obstacle n'ayant pas été faite immédiatement, l'enfant succomba.

Dans un fait rapporté par Lukowicz, il y avait présentation du siège, et le fœtus était à cheval sur la cloison, de telle sorte que par le toucher vaginal pratiqué dans chaque moitié du vagin, on arrivait sur l'anus de l'enfant : une section de la cloison permit la terminaison de l'accouchement.

C'est donc à cette section que l'on doit avoir recours pour faire disparaître les brides et diaphragmes du vagin, section qui se fera soit avec des ciseaux mousses, soit avec un bistouri boutonné.

La bride sera saisie et sectionnée entre deux pinces ; si une simple incision paraît insuffisante, il faudra alors faire une incision cruciale, ou une série de débridements multiples. Le danger de ce genre d'interventions réside dans la possibilité des hémorragies, qui peuvent parfois être abondantes. Si le cas se présente d'une hémorragie sérieuse, il faudra se hâter de terminer l'accouchement, soit manuellement, soit par une application de forceps et de parer aux dangers d'hémorragie. Souvent, un simple tamponnement serré de la cavité vaginale aura raison des accidents ; mais dans les cas où les débridements auront été nombreux et étendus, il faudra avoir recours aux sutures : surjet ou points séparés au catgut ou à la soie. Cette thérapeutique aura en outre l'avantage, en fermant les plaies vaginales, de ne pas laisser de porte d'entrée à l'infection toujours possible des suites de couches.

Enfin nous devons dire quelques mots des cas fort heureusement rares, où les malformations vaginales constituent une dystocie absolue. Soit que la bride ou le diaphragme présentent une résistance anormale, soit que malgré les débridements les plus complets, le canal vaginal ne recouvre pas une dilatabilité suffisante, il est des cas où manifestement l'accouchement ne pourra se terminer spontanément et où temporiser serait exposer la femme aux accidents si redoutables de la rupture utérine. En présence de ces cas, il ne faudra pas hésiter, si l'indication est nettement posée, à intervenir par la section césarienne.

En résumé : savoir attendre dans la majorité des cas, car l'accouchement peut et doit se terminer sans aucune

intervention. Si le travail ne progresse pas, et si l'enfant souffre, pratiquer la section de l'obstacle, et terminer le plus rapidement possible l'extraction, pour parer au danger d'hémorragie.

Dans des cas tout-à-fait exceptionnels, savoir préférer à la complication si grave de la rupture utérine une intervention par la voie haute.

OBSERVATIONS

Observation I

(Ruisch, *Observations anatomiques*, t. I, n° 22, p. 27. Traduction de Palfin). *Anatomie chirurgicale ou description exacte des parties du corps humain; Avec des remarques utiles aux chirurgiens dans la pratique de leur art.* Nouvelle édition de B. Bondon. Paris, 1734, p. 238.

Il se forme aussi quelquefois aux femmes, dans l'intérieur du vagin, une membrane contre nature, qui ferme entièrement le passage. Voici à ce sujet une observation très singulière que rapporte M. Ruisch. Il fut un jour appelé pour secourir une femme en travail d'enfant, qui depuis longtemps souffrait beaucoup et faisait de grands cris, sans pouvoir accoucher. En ayant examiné la cause, il trouva que c'était l'hymen de la mère, qui empêchait l'enfant de sortir; cette membrane était encore dans son entier, fort épaisse, et poussée par la tête de l'enfant qui la faisait avancer en dehors. M. Ruisch fit faire une incision par un chirurgien, mais cette incision ne put suffire, parce qu'il se trouva derrière une autre membrane contre nature, dans l'intérieur du vagin, qui fermait le passage à l'enfant, et à laquelle il fallut aussi faire une incision. Dès qu'elle fut faite, l'enfant vint au monde fort heureusement et la femme qui auparavant était à l'extrémité, fut délivrée de tous les maux; néanmoins à cause de la grande et longue extension que la vulve et le sphincter de la vessie avaient soufferte, il lui survint une incontinence d'urine, dont elle fut guérie après quelques semaines.

L'on voit par cette observation : 1° que cette femme avait été engrossée sans que son hymen ait été intéressé; 2° qu'il s'était formé dans son vagin depuis la conception, une membrane contre nature, qui fermait le passage et qui provenait sans doute d'une excoriation des parois du vagin, occasionnée par quelque humeur âcre,

Observations II et III

Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements.*

Brides et cicatrices de la vulve et du vagin.— Plusieurs exemples.

I. — G. Mas., accoucha naturellement à l'hospice le 27 janvier 1818, d'un garçon du poids de 5 livres, vivant, bien portant et qui avait présenté la tête dans la première position du vertex. Le travail dura 6 heures. Il avait été un instant entravé par la présence d'une membrane semi-lunaire et transversale dont le bord convexe adhérait à la moitié antérieure du vagin, vers la partie moyenne de ce canal. La tête, en pressant sur cette membrane, dont l'épaisseur était d'une ligne environ, la rompit et la réduisit à la forme d'un bourrelet qu'elle franchit avec facilité.

II. — Dans le mois de mars 1821, je reçus à l'hospice une femme en travail, qui portait au milieu du vagin une membrane de même forme et de même consistance; mais son bord adhérent était à gauche et non en devant, de sorte qu'elle n'obstruait que la moitié gauche du canal. Il en fut de celle-ci comme de la précédente: la tête la distendit, s'en couvrit comme d'une coiffe, puis au moyen d'une forte contraction utérine, la rompit et passa outre.

Ces deux membranes occupaient le milieu du vagin pris dans sa hauteur, on ne pouvait donc pas les prendre pour l'hymen, ou pour un reste de cette membrane.

Observation IV

(Roth. *Monatsschrift für Geburtskunde*, t. XIX, p. 150, 1862; — in th. Delaunay, 1877).

Dystocie ayant pour cause une obstruction du vagin par une membrane organisée.

Il y a un certain nombre d'années, je fus appelé pour accoucher une jeune primipare. La femme était bien portante, vigoureuse,

âgée de 24 ans. Pendant sa grossesse, elle n'avait rien obervé d'anormal dans son état ; rien observé de particulier du côté des parties génitales, soit à la vulve, soit plus profondément ; enfin elle n'avait pas non plus remarqué d'écoulement leucorrhéique ou autre pendant cette même époque.

Les douleurs de l'accouchement étaient assez fortes ; elles duraient déjà depuis 24 heures, mais n'avaient pu amener la tête de l'enfant plus bas que le milieu du petit bassin, où elle restait fixée.

En l'examinant, je découvris immédiatement, derrière l'orifice vulvaire, un obstacle membraneux percé d'un trou dans lequel je pus introduire la moitié de mon doigt, qui s'y trouva serré par un rebord assez dur. Cette introduction du doigt fit souffrir la malade. En m'orientant avec plus de précision, je trouvai que l'obstacle était formé par une membrane mince, ayant la forme d'un croissant. Elle était fixée à la paroi gauche du vagin et s'étendait en bas jusqu'au périnée en haut jusqu'à l'urètre. Les grandes lèvres étant écartées, je fis une incision avec des ciseaux, à la suite de laquelle cette membrane sembla disparaître sans laisser de trace. Ne trouvant plus d'obstacle, j'introduisis plus profondément mon doigt pour mieux examiner l'état des choses. A mon grand étonnement, je trouvai un nouvel obstacle semblable au premier, qui arrêta de nouveau mon doigt. Là aussi, l'introduction forcée du doigt à travers l'ouverture, produisit de la douleur. Cet obstacle était partout uniforme, et comme l'autre, formé par une membrane ténue en forme de croissant et tendue transversalement, Mais celle-ci était fixée à la paroi droite du vagin ; s'étendant en bas et en arrière vers le sacrum, en haut et en avant vers la paroi vaginale antérieure, à peu près au niveau de l'orifice vésical de l'urètre. Le doigt introduit ne pouvait la déchirer, et je fus obligé de recourir au bistouri, préalablement entouré de toile dans la plus grande partie de son étendue, pour détruire cette membrane. Je l'avais à peine touchée, que l'obstacle disparut, sans qu'il me fut possible d'en retrouver les traces. L'enfant descendit bientôt, et l'accouchement se termina sans autre intervention.

Observation V

Dr Fristo (de Metz) ; in Th. Delauany, 1877.

Dystocie par oblitération du vagin.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre 1835, je fus appelé au village de Maud, pour y terminer un accouchement que la sage-femme du lieu ne pouvait amener à bonne fin. J'arrivai à 1 heure du matin chez la veuve K..., où je trouvai, misérablement jetée sur la paille dans leur chambre sans feu, une jeune fille de 22 ans, baignée dans une énorme quantité de sang. Depuis 12 à 14 heures, elle avait eu des douleurs atroces, de fortes contractions de l'utérus, une hémorragie considérable, des syncopes fréquentes. Sa pâleur et sa faiblesse étaient effrayantes. A tous ces symptômes, je soupçonnai le décollement du placenta, ou peut-être une position vicieuse de l'enfant, et je me décidai de suite à faire la version par les pieds pour sauver au moins la mère, si je ne pouvais avoir l'enfant vivant, ce qui n'était plus probable. Mais quel fut mon étonnement, quand je portai la main à la vulve, de la trouver obstruée par une épaisse membrane percée à son centre d'une ouverture pouvant à peine admettre le petit doigt.

Cet obstacle bien constaté, je le fendis crucialement et j'agrandis assez l'ouverture, pour y introduire 2 doigts ; mais à quelques lignes de là, nouvel obstacle du même genre, et détruit de la même manière et enfin, portant mon exploration plus loin, je trouvai successivement de l'entrée du vagin à l'orifice de la matrice quatre brides circulaires perforées au centre, et offrant un obstacle insurmontable à la tête de l'enfant. Mon doigt n'ayant pu déchirer les membranes, je les détruisis l'une après l'autre avec le bistouri. J'agrandis ensuite l'ouverture, et dilatai le vagin pour arriver jusqu'à l'orifice de la matrice que je trouvai très ouvert, et presque entièrement effacé derrière la tête de l'enfant, qui était dans une bonne position. Ne voulant pas attendre les chances de l'accouchement par les seules forces de la nature, avec de la patience et quelques efforts, je dilatai suffisamment le vagin avec mes doigts,

je pénétrai dans la matrice, et bientôt j'amenai par les pieds, un enfant à terme, mort, bien constitué et tout-à-fait exsangue. J'allai chercher ensuite le placenta qui était énorme, raccorni et très sec. Je restai encore quelque temps près de la malade. Une heure après, l'hémorragie avait entièrement cessé, et la patiente se trouvait dans un état aussi satisfaisant que son horrible misère le comportait. Au bout de quelques jours, elle était rétablie, et sortait pour mendier. Curieux de savoir comment survint la grossesse de cette jeune fille, j'osai la questionner, et j'appris d'elle les circonstances suivantes : elle n'était venue chez sa tante, la veuve K... que pour cacher sa grossesse et faire ses couches. A l'époque de la puberté, elle a supporté de grands orages pour la première menstruation, les règles ensuite ont eu lieu avec difficulté et leur écoulement ne s'est fait d'une façon à peu près normale, que lorsqu'un grand chirurgien alors à M... *lui a coupé une peau qui fermait le passage*, suivant son expression, et qui était probablement l'hymen imperforé. Depuis lors, les règles ont coulé, irrégulièrement il est vrai, et jamais le coït n'a pu avoir lieu. Quelques années après la première opération, le même chirurgien consulté de nouveau, a dû répondre que la difformité était incurable. Dès ce moment, cette fille tranquille sur les résultats possibles de ses penchants, n'a fait que *s'amuser* dit-elle, bien persuadée qu'avec sa conformation vicieuse, elle ne pouvait devenir enceinte ; erreur à laquelle l'on fait renoncer l'avis d'un accoucheur et les mouvements de l'enfant.

Observation VI.

Frouin, médecin de Saint-Nicolas-du-Pélem. *Concours médical.* 30 avril 1887, p. 223.

Cloison vaginale.

Le 10 du mois de mars courant, je fus appelé dans la soirée au bourg de Kerpert près de la femme G..., âgée de 46 ans, primipare mariée depuis 2 ans. Cette femme est en travail depuis 30 heures.

Les douleurs d'abord assez vives ont cessé dans le cours de la dernière nuit.

Cette femme a toujours été réglée régulièrement, et paraît bien à terme. Par le toucher que je pratique, la femme étant debout j'arrive assez facilement sur la tête de l'enfant que je sens distinctement au-dessus du détroit supérieur et assez mobile, mais j'ai beau explorer le fond du vagin, je ne trouve qu'une surface unie sans aucune trace de col. Très étonné, je fais coucher la femme, et je recommence mon examen dans cette position, mais je ne trouve toujours aucune trace du col. Je renouvelle l'examen à deux ou trois reprises, la femme tantôt debout, tantôt couchée, j'obtiens toujours le même résultat négatif.

Ces diverses manœuvres ayant déterminé quelques légères contractions, je m'assurai pendant leur durée qu'il n'y avait qu'une membrane assez mince qui séparait mon doigt de la tête de l'enfant et je me décidai à la déchirer au centre avec l'ongle. Dès que le bout du doigt l'eut traversée, il arriva immédiatement sur le col que je trouvai aminci et à peine assez dilaté pour permettre d'introduire le bout du doigt. La poche des eaux est intacte. Je glisse très facilement le doigt entre la membrane que j'ai déchirée et le col, et je trouve entre les deux, un cul-de-sac circulaire, d'environ 3 centimètres de rayon. Du reste, col et membrane se prêtent assez bien à la dilatation digitale aidée de quelques petites douleurs.

Deux heures après, la dilatation étant suffisante, j'administre deux doses de seigle ergoté et quand les douleurs se raniment, je perce les membranes, et la tête s'engage assez bien en position O. I. D. A. Puis les douleurs s'étant arrêtées de nouveau, je termine l'accouchement par une application de forceps, qui amène un garçon bien vivant. Les suites de couches ont été très naturelles. Cette femme ayant toujours été réglée très normalement, il faut que les menstrues aient trouvé une issue, si étroite qu'elle fut à travers la membrane qui séparait si complètement le col de l'utérus du fond du vagin, membrane constituée sans doute par un repli de la muqueuse.

Observation VII

Rapportée dans Lyon. Th. Paris, 1887.

Bride transversale probablement congénitale. — Nécessité d'une intervention au moment de l'accouchement.

La nommée Maggie M .. se présente à l'hôpital de Bellevue de New-York, le 26 octobre 1884, 27 ans, primipare. Réglée à 17 ans, régulièrement et sans douleur. Grossesse normale. Présentation céphalique gauche.

Toucher vaginal : à 4 centimètres de l'orifice antérieur du vagin, diaphragme circulaire, percé d'un trou à son centre. La face antérieure de la bride lisse se continue exactement avec les parois vaginales. L'orifice central est plus rapproché de la paroi supérieure du vagin que de la paroi inférieure. On introduit la phalangette de l'index à travers l'orifice qui la serre fortement.

27 octobre. — Douleurs expulsives dès 5 heures du matin. Midi : la bride, fortement tendue, coiffe la tête et résiste d'une façon absolue. 2 heures : la tête n'avance pas, la membrane ne se rompt pas. L'interne du service, introduisant l'index gauche dans l'orifice, ainsi qu'une des branches d'une paire de ciseaux courbes, incise la bride de gauche à droite.

Aussitôt la bride cède complètement dans toute son étendue.

L'accouchement est terminé sans accident.

Observation VIII

Picot. Th. Paris, 1891.

Primipare à terme. — Cloison vaginale incomplète. — Déchirure de la cloison au moment de l'accouchement.

X..., 19 ans, domestique, née à Cayeux-sur-Mer. Réglée à 11 ans, régulièrement.

Dernières règles : 1er février 1890.

Apparition des mouvements actifs : août.

Rien de particulier pendant la grossesse.

Se présente à la consultation de la Clinique Baudelocque le 24 octobre 1890.

Grossesse de 8 mois, enfant vivant.

Extrémité céphalique au fond de l'utérus.

En écartant la vulve, on voit qu'il existe deux orifices au milieu du vagin.

Au toucher, on constate qu'il existe une cloison médiane antéro-postérieure assez épaisse, longue de 3 cent. 1/2 environ. Les deux conduits sont facilement dilatables, mais le gauche est plus large que le droit. Le doigt introduit à droite de la cloison et recourbé, ressort par le conduit gauche, en amenant toute la cloison à la vulve. En arrière de la cloison, une seule cavité utérine et un seul col mou, mais ayant encore toute sa longueur.

Cette femme ne s'était jamais aperçue de sa malformation vaginale.

Elle est gardée au dortoir.

Quelques jours après son entrée, on trouve l'extrémité céphalique en bas, s'engageant en O. I. G. A. Le 28 novembre 1890, cette femme entre en travail. Les périodes d'effacement et de dilatation se passent normalement.

Au moment de l'expulsion, la tête fœtale appuie sur la cloison, et malgré nos efforts pour conserver cette cloison intacte, et faire passer la tête en dehors, il se produit une déchirure au niveau de l'insertion antérieure.

Après l'accouchement, on ne trouve plus qu'un lambeau épais, flottant dans le vagin, et paraissant inséré sur la paroi postérieure, disposition que l'on retrouve au moment où la femme quitte la clinique. Le travail avait duré 18 h. 30 et l'expulsion, 55 minutes

Observation IX

PICOT, Th, Paris, 1891.

Primipare. — Repli falciforme. — Déchirure de ce repli au moment de l'expulsion.

Henr. B..., 24 ans, lingère, née à Paris.

Rien à noter comme antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 13 ans et régulièrement depuis.

Elle a eu ses dernières règles le 20 mai 1889.

Apparition des mouvements actifs en septembre.

La grossesse a présenté à signaler une laryngite intense pendant les 5 dernières semaines.

Le 10 mars 1890, vers 8 heures du matin, apparition des premières douleurs, la femme arrive à la clinique Baudelocque à 4 heures du soir le même jour.

On constate une grossesse de 9 mois, enfant vivant, extrémité céphalique engagée en O. I. G. A.

Par le toucher, on trouve le col effacé, et immédiatement en avant du col à gauche, une bride vaginale à forme de disque biconcave.

Le travail marche régulièrement : à 10 heures du matin, le 11 mars 1890, la dilatation est complète. Le professeur Pinard pratique le toucher, et constate ceci : sur la ligne médiane, et se dirigeant à droite le doigt rencontre un repli qui semble faire suite directement au bord utérin gauche ; mais en insinuant le doigt entre la tête et ce bord, on trouve que ce doigt est doublé en avant et en arrière par un repli falciforme, de sorte qu'à l'heure actuelle, la tête a à lutter contre deux orifices.

Au moment de l'expulsion, la bride cède et l'accouchement se termine spontanément par l'expulsion de l'enfant vivant du poids de 3,010 grammes.

Le travail avait duré 26 heures et la période d'expulsion 38 minutes. Suites de couches physiologiques. La femme quitte la clinique au 11e jour.

Observation X (Résumée).

Cullingworth (C. J.). — Two cases of transverse septum in the vagina ; — *Lancet*, London, 1889, I, 726 ; — in Th. Bernard, Paris, 1898.

Louisa W..., 23 ans, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas à 12 h. 30 du soir, le 13 février 1889.

Elle était en travail depuis 24 heures et les douleurs étaient alors fréquentes, violentes et presque expulsives. Son médecin l'avait envoyée à l'hôpital parce qu'il était incapable de découvrir le col de l'utérus ou, à dire vrai, une ouverture quelconque au fond du cul-de-sac vaginal, bien qu'il pût sentir distinctement la tête de l'enfant, au delà de ce cul-de-sac.

L'histoire de la parturiente était la suivante : les règles commencèrent à 12 ans et continuèrent régulièrement tous les vingt-huit jours jusqu'à deux mois après son mariage, l'année précédente. Mais au premier jour de chaque période, elle souffrait assez vivement.

Le 9 février (ses couches étant attendues pour le 24 mars) elle fit une chute et s'évanouit. Les jours suivants, elle resta en bon état. Le 12, à 3 heures et demie du matin, elle se réveilla avec de violentes douleurs. Son médecin la vit en premier lieu à 2 h. 30 de l'après-midi. Le lendemain, à 9 heures et demie du matin, il résolut, après consultation avec un confrère, de l'envoyer à l'hôpital. Peu après son arrivée, la patiente fut endormie à l'éther, et la cloison soigneusement explorée.

Un peu en arrière de son centre, on découvrit un petit nodule et à côté de ce nodule, une ouverture pas plus grande que le méat de l'urètre. L'index, pressant sur cette ouverture, l'élargit suffisamment pour pénétrer dans la partie supérieure du vagin. Dilatée de plus en plus, puis prudemment déchirée, la cloison fut entièrement divisée avec les doigts. On put alors toucher la poche des eaux faisant saillie.

Le col utérin étant complètement dilaté, la poche des eaux fut rompue, et l'accouchement fut aisément effectué à l'aide du forceps.

Observation XI (Clinique Baudelocque).

Rapportée in Bernard. Th. Paris, 1898.

Cloison transversale du vagin. — Incision. — Légère hémorragie. — Accouchement.

C..., Thérèse, 31 ans, cuisinière. Primipare. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques, rien dans son propre passé.

Cette femme bien réglée a eu ses dernières règles du 14 au 17 février 1894. Au début de la grossesse, quelques vomissements, et vers le septième mois, œdème généralisé avec albumine dans les urines (jusqu'à 7 grammes).

Entrée à la salle de travail, le 25 octobre à 7 h. 30 du matin.

On constate à la partie moyenne du vagin, un diaphragme, présentant en son milieu un orifice qui permet l'introduction de l'index. Le travail débute le 26 octobre vers 1 h. du matin, la dilatation du col, un peu plus grande qu'une pièce de 1 franc, reste stationnaire jusqu'à 10 h. 45 du matin. A ce moment, on pratique la rupture artificielle de la poche des eaux ; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique. A 11 h. 30, les dimensions sont celles d'une pièce de 2 francs. A 2 h. 40 du soir, elles atteignent celle d'une pièce de 5 francs. Quant à l'orifice du diaphragme, il est à peine comme 2 francs. A 7 h. 45 du soir, la dilatation du col utérin se rapproche d'une paume de main, mais le diaphragme vaginal n'a nullement cédé.

On applique deux pinces sur cette cloison, et l'on sectionne à l'aide de ciseaux.

A 11 h. du soir, la femme perdant du sang en assez grande quantité, on lui fait une injection chaude. A 11 h. 30, l'écoulement sanguin continue, nouvelle injection chaude, et tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée. Le tampon s'imbibe, l'écoulement sanguin reprend, et le 27 octobre à 1 h. 30 du matin, on fait une application de forceps ; après des tractions lentes et soutenues de 1 h. 35 à 1 h. 48, un fœtus du poids de 1,900 grammes est extrait vivant à 1 h. 50.

Immédiatement après l'extraction, l'hémorragie s'arrête et on constate que le passage de la tête fœtale a déterminé des ruptures multiples du diaphragme vaginal, mais sans grande lésion du vagin lui-même.

Il existe également une petite déchirure de la fourchette, on applique un seul point de suture.

On fait une injection intra-utérine prolongée après la délivrance. Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier et cette femme est sortie le 18 novembre 1894 en bon état.

Observation XII

Obs. n° 648 de la Maternité de Rouen, année 1902.

Due à l'obligeance de Mme Legrand, ex-sage-femme en chef de la Maternité de Rouen.

Vagin et utérus doubles. — Présentation du siège. — Enfant mort. — Section de la cloison vaginale. — Eclampsie grave (25 accès). — Guérison.

M..., primipare, 17 ans, charbonnière, arrive à la Maternité le 11 novembre 1902, dans le coma éclamptique. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Ne sait à quel âge elle a marché.

Réglée à 16 ans et depuis régulièrement. Cette femme a travaillé pendant toute sa grossesse, et n'a ressenti aucun malaise.

Examen à l'arrivée : La palpation est rendue difficile par la tension des parois utérine et abdominale ; néanmoins on peut penser à une présentation du siège en gauche, mais il n'y a pas de ballottement au fond de l'utérus.

Auscultation : les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Au toucher : On constate la présence de deux vagins séparés par une cloison complète. Au fond des culs-de-sac vaginaux, on trouve deux cols, l'un dans le vagin droit, l'autre dans le vagin gauche, tous deux très petits et fermés.

12 novembre : *4 heures matin*, *4e accès* d'éclampsie. Urines recueillies 60 grammes, renferment une très grande quantité d'albumine.

4 h. 15 : *5e accès*. On fait une saignée de 510 grammes après laquelle la malade a un *6e accès*. Injection sous-cutanée de sérum : 1.000 grammes.

4 h. 50 : 7e accès. On fait un lavage rectal de 10 litres d'eau salée à 5 p. 1. 00. T. : 37°5.

5 h. 45 : *8e accès*.

6 h. 05 : 9e accès.

6 h. 30 : 10e accès.

7 h. 10 : *11e accès.*

7 h. 40 ; 12e accès, qui dure environ 5 minutes.

8 h. : 13e accès.

9. h. La malade a *quatre* accès subintrants. Contractions musculaires du membre supérieur, beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite.

9 h. 30 : l'examen de la femme permet de sentir au fond des conduits vaginaux ; à droite un tout petit col, admettant l'extrémité du doigt ; à gauche, un col court ouvert, présentant un début de travail.

On sonde la malade, mais on ne peut pas recueillir d'urine.

10 heures matin : *Deux* accès en 5 minutes.

11 h. 35 : *20e accès.* On donne de temps en temps un peu de chloroforme.

Midi 30 : Trois accès subintrants.

1 heure soir : Dilatation comme un franc à peine ; la partie fœtale n'appuie pas sur l'orifice.

1 h. 15 : Lavement de chloral (4 gr.) évacué complètement quelques minutes après. Chloroforme.

1 h. 55 : *24e accès.* Nouveau lavement de chloral qui est évacué en partie. T. : 38° 7.

3 h. 15 : Dilatation complète, la cloison vaginale s'est rompue spontanément à sa partie supérieure ; elle gêne la descente de la partie fœtale, et *le fœtus est complètement à cheval sur cette cloison.*

4 h. 30 soir : Après avoir appliqué deux pinces, l'une en avant, l'autre en arrière de la cloison, on la sectionne complètement. L'extraction du fœtus ne présente rien de particulier.

Examen après l'accouchement. Il n'existe plus qu'un seul vagin, puisque la cloison a été supprimée. Au fond de ce vagin on trouve deux cols ; chacun de ces cols conduisant dans une cavité utérine distincte. L'une de ces cavités donne l'impression d'un utérus après un avortement de trois mois ; l'autre répond à l'accouchement qui vient d'avoir lieu. Le palper combiné au toucher, permet de délimiter deux utérus, l'un situé à gauche, volumineux comme un utérus post-partum, l'autre à droite d'un volume moins considérable.

Suture vaginale au catgut, et pansement vaginal.

9 h. 40 soir : *25° accès*. Urines recueillies : 60 grammes.

13 novembre : Dosage de l'albumine, environ 15 grammes.

1,000 grammes de sérum dans les 24 heures. Lavage rectal.

14 : sérum 500 grammes ; albumine : 8 grammes ; urines émises : 550 grammes.

15 : Délire.

16 : La malade a repris connaissance. Léger nuage d'albumine.

Suites de couches: Température entre 38°,4 et 37°,6 jusqu'au 9e jour. Le 10e jour 39°,6 ; puis température normale les jours suivants.

La malade sort guérie.

Observation XIII

Gonnet. — *Réunion obstétricale de Lyon.* — Séance du 19 février 1908 (in *Ann. de Gynécol et d'Obstétrique*, septembre 1908).

Un cas d'imperforation apparente du vagin au cours de l'accouchement.

Il s'agit d'une primipare de 19 ans, dont la grossesse d'environ 8 mois a été normale, mais qui présente une malformation vaginale ayant les caractères et ayant donné lieu aux incidents suivants :

On rencontre à l'entrée du vagin : une cloison qui s'oppose complètement à l'introduction du doigt. Cette cloison est disposée perpendiculairement à l'axe du vagin comme un hymen ; elle s'insère un peu au-dessous du méat, et en arrière à deux doigts au-dessus des débris hyménéaux qui sont très nets. Cette membrane est charnue et vasculaire. Elle présente des anfractuosités, de petites logettes arrondies et dépressibles. En aucun point avec le doigt ou la sonde cannelée, on ne trouve de pertuis permettant d'arriver sur le col utérin.

A chaque douleur, cette membrane bombe violacée à la vulve et menace de se rompre. A 11 heures les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Au centre de la membrane est pratiquée avec les ciseaux une petite ouverture de 1 centimètre environ. Aussitôt et très brusquement, la membrane s'ouvre et disparaît comme un rideau qui se tire, sans hémorragie et le doigt touche une poche des eaux normale. Elle est perforée, et la main, aussitôt introduite rencontre un coude et une épaule droite, le dos est en arrière. Une version podalique est pratiquée immédiatement sans difficulté.

L'enfant pèse 2,000 grammes, son cœur ne bat plus.

Délivrance normale vingt-cinq minutes après l'accouchement. Placenta, 400 grammes.

La malade ignorait sa malformation, qui n'a jamais gêné le coït, ni l'écoulement menstruel.

Observation XIV.

Louis Pierra. — *Société d'Obstétrique de Paris*, 21 mai 1908 (Extrait de la *Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, mai 1908).

Mme S..., âgée de 26 ans, primipare, m'est adressée par mon maître, M. Récamier, le 1er décembre 1907, avec le diagnostic de « grossesse dans un utérus double, avec vagin cloisonné. » Elle est alors enceinte de six mois environ, ses dernières règles ayant pris fin le 15 mai. Les antécédents n'ont pas grand intérêt, ma cliente m'apprend cependant qu'elle a été réglée à l'âge de 14 ans, assez peu d'abord, puis plus abondamment, mais de façon toujours irrégulière, et avec des intervalles d'aménorrhée complète de six, huit et dix mois. Elle s'est mariée en avril 1907. Les premiers rapports sexuels n'ont pas été trop pénibles, mais son mari s'est aperçu très vite que quelque chose, parfois, apportait une certaine gêne à leur accomplissement, et il a supposé que sa femme présentait une malformation quelconque de la région vulvaire.

Consulté à cet égard presque tout de suite, un chirurgien a constaté la présence d'une cloison vaginale, et proposé une intervention qui allait être acceptée quand est survenue la grossesse :

la malade a préféré attendre, et c'est ce qui me permet aujourd'hui de l'examiner.

Au palper, je suis frappé de la forme de l'utérus manifestement bilobé. Le lobe droit, le plus important, sorte d'ovoïde allongé, à grosse extrémité supérieure, à grand axe oblique de dedans, en dehors et de gauche à droite, situé tout entier en dehors de la ligne médiane, remonte à 22 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, et dépasse le niveau de l'ombilic. La consistance est nettement celle d'un utérus gravide ; mais ses parois paraissent étroitement appliquées sur le fœtus, et je ne puis déterminerle moindre ballottement (la malade n'a encore perçu aucun mouvement actif, et n'en percevra d'ailleurs, durant toute la grossesse que de très vagues et de très fugaces). De l'autre côté, également déjetée en dehors, et séparée de la précédente par une encoche large et profonde, est une seconde masse beaucoup moins volumineuse, plus régulière aussi, d'aspect globuleux et presque sphérique, mais de consistance à peu près également dure, qui remplit la fosse iliaque gauche, et ferme le détroit supérieur.

Continuant mon examen, j'écarte les lèvres, et j'aperçois, appliquée contre la petite lèvre gauche, une sorte de membrane irrégulière et comme déchiquetée, que je tends, que je fais saillir à l'extérieur en tirant à la fois sur les deux commissures antérieure et postérieure de la vulve.

La cloison vaginale s'étend jusqu'au col, sans aucune solution de continuité. Ce n'est pas un simple diaphragme mince et de surface lisse ; elle présente une certaine épaisseur (2 à 3 millim. certainement) et de plus, elle est ridée, plissée, comme la muqueuse vaginale normale. La sensation éprouvée est celle que donne la cloison recto-vaginale quand on la sent entre deux doigts, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum. Il existe donc deux vagins complètement isolés l'un de l' autre sur toute leur longueur : le droit est manifestement le plus large, mais le gauche qui paraît reporté un peu en avant de l'autre, par suite d'un mouvement de torsion de tout le canal vagino-utérin sur son axe, est loin d'être atrophié, puisqu'il permet très facilement l'introduction de deux doigts et l'exploration du corps utérin. Chacun de ces vagins aboutit

à un col. Je crus d'abord qu'il existait deux cols distincts. Mais plus tard, très frappé de la similitude absolue de ces deux cols, je m'avisai qu'il pourrait bien n'en exister qu'un, qui serait perçu alternativement à droite ou à gauche, selon que mes doigts refouleraient la cloison dans l'un ou dans l'autre sens. Je parvins même à m'assurer que la cloison s'arrêtait un peu en avant du col. En ce qui concerne l'utérus, le toucher, combiné au palper, confirme les données qu'avaient fournies celui-ci pratiqué seul. A droite, le segment inférieur conique, fuit vers l'abdomen, à gauche au contraire, le doigt parcourt un corps utérin qui reste en contact avec le détroit supérieur et présente le volume d'une orange. Pas plus par le toucher que par le palper, je ne détermine le moindre ballottement ; mais les bruits du cœur sont nets.

L'excavation pelvienne paraît normale, bien que les diamètres transverses du grand bassin, mesurés à l'extérieur soient légèrement réduits : 25 centimètres pour le bi-crête et 21 cent. 5 pour le bi-épineux iliaque antérieur, alors que le conjugué externe mesure 19 centimètres.

L'utérus continua à se développer régulièrement, mais toujours dans le même sens, c'est-à-dire vers la droite, et seulement en longueur, la corne gauche conservant à peu près son volume. Le fœtus se présentait par le siège, mais il ne pouvait être question de version, tant il était à l'étroit dans la cavité utérine.

J'ajoute que la malade n'a présenté pendant sa grossesse aucun écoulement menstruel.

Le 18 février, vers 8 heures du soir, apparaissent les premières douleurs, d'ailleurs peu intenses. Cependant, le 19 au matin, comme elles se rapprochent, la parturiente est transportée à la Maternité de la rue Saint-Lambert. A son arrivée, à 10 h. 1/2, la sage-femme l'examine et constate une présentation du siège complète en S. l. G. A. encore élevée, avec un col dilaté comme une pièce de 5 fr. et une poche des eaux intacte. L'utérus conserve sa forme allongée et se redresse, s'étend pour ainsi dire à chaque contraction : la corne gauche semble prête à s'engager dans l'excavation.

A 11 heures, les membranes se déchirent spontanément, et il

s'écoule une très faible quantité de liquide amniotique. Prévenu immédiatement j'accours et je trouve un pied dans le vagin ; le siège s'étant décomplété spontanément. La dilatation est complète et le fœtus perd son méconium. De la corne utérine non gravide, il ne reste plus trace dans le vagin : elle est remontée dans la fosse liaque, où elle donne l'expression d'un fibrome. Je fais mettre la femme en position obstétricale, et je tire sur le pied qui se trouve être le gauche, c'est-à-dire le pied antérieur. Mais presque aussitôt je suis arrêté, et je constate que le membre inférieur droit, au lieu d'accompagner l'autre, s'est engagé dans le vagin gauche et que le fœtus est comme à cheval sur la cloison vaginale.

Je place sur celle-ci, non sans quelque difficulté deux longs clamps préparés dans ce but, et je l'excise entre ces pinces. Je termine alors facilement l'extraction.

L'enfant du sexe féminin né étonné mais facilement ranimé, pèse 2,280 gr. Les diamètres céphaliques sont les suivants : O. M. : 11,5 ; O. F. : 10 ; Bi P. : 8,5. J'ajoute qu'il ne cessa de se développer régulièrement, et pesait 2,430 grammes quinze jours plus tard, à sa sortie de l'hôpital.

Quant à l'accouchée, la délivrance est normale, et l'évolution utérine se fait assez régulièrement, à part un peu de rétention lochiale, dont une injection utérine vient facilement à bout. Mais en revenant sur lui-même, l'utérus conserve sa forme bilobée et ses deux cornes restent séparées par un sillon d'abord assez profond, qui peu à peu se comble en partie ; au bout de cinq ou six jours, le fond de l'organe ne présente plus qu'une dépression médiane qui lui donne sensiblement la forme d'un cœur de carte à jouer.

Au dixième jour, j'excise après écrasement les débris de la cloison vaginale qui persistent assez nombreux en particulier dans le cul de-sac antérieur et je détruis au thermo ses derniers vestiges.

Nous avons pu tout récemment revoir notre malade. De la cloison vaginale, il ne reste qu'un léger épaississement, une sorte de raphé plus dur, correspondant aux colonnes antérieure et postérieure du vagin.

Observation XV (Personnelle).

Maternité Hôpital Boucicaut. Obs. n° 552.

LEPAGE. *Soc. d'Obst., de Gyn. et de péd. de Paris*, Séance du 9 novembre 1908.

L. X..., 18 ans 1/2, I pare.

Parents bien portants.

Deux frères et une sœur morts en bas âge.

Deux frères bien portants. Pas d'anomalies génitales maternelles.

A marché à 17 mois et toujours bien.

Réglée à 14 ans 1/2 régulièrement ; durée des règles 2 ou 3 jours. Règles douloureuses.

Premiers rapports à 17 ans 1/2.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Scarlatine à 6 ans.

Anémie marquée à 14 ans, qui obligea la femme à garder le lit pendant 3 mois.

Cette jeune femme se présente une première fois à la Maternité, le 11 juin 1908, adressée à M. Lepage par un confrère, avec le diagnostic de malformation utérine ou de grossesse ectopique possible.

A cette époque la femme est enceinte de 8 mois 1/2 environ.

Le toucher vaginal sans anesthésie étant très douloureux, et ne permettant pas de préciser les lésions, M. Lepage décide de pratiquer, le 12 juin, un examen sous chloroforme.

Chloroforme à la compresse : le toucher vaginal montre que l'hymen bien que déchiré, persiste partiellement sous forme de languettes, le doigt va à la recherche du col et ne le trouve pas. En effet, on trouve à la partie moyenne du vagin, des formations kystiques de coloration blanchâtre, qui l'obstruent. M. Lepage les détache avec le doigt ou les ciseaux, elles se présentent sous l'aspect de grains blanchâtres, du volume et de la forme d'un gros pois ou d'un haricot blanc qu'elles simulent parfaitement, et sont formées d'une enveloppe mince contenant de la substance sébacée.

Le vagin désobstrué par l'ablation de ces grains, on se rend compte de la malformation vaginale, constituée par un diaphragme transveral à bords tranchants, percé d'un orifice central, et dont la lèvre postérieure est surtout développée.

Les formations kystiques sont développées sur sa face supérieure et s'engagent dans l'orifice.

Au-dessus du diaphragme, col petit, entr'ouvert, aminci par la tête fœtale très engagée ; l'orifice interne et l'externe sont presque au contact ; légère hémorragie.

Pansement iodoformé.

Le 16 juin, la femme sort, pour rentrer chez elle en attendant son accouchement.

Le 24 juin 1908, à 11 h. 3/4 du matin, la jeune femme se présente de nouveau à la Maternité ; ayant commencé à présenter des contractions utérines douloureuses à 8 heures du matin.

La femme a eu ses dernières règles, très abondantes et douloureuses, du 15 au 18 septembre 1907. Apparition des mouvements actifs en février 1908.

A son arrivée, on procède à l'examen de la femme.

L'examen général révèle : une arythmie en salve très marquée et nette. Léger œdème des jambes, pas de varices, quelques vergetures. Pas d'albumine.

Examen obstétrical : L'utérus, haut de 32 centimètres, présente à l'inspection une forme particulière : la corne droite est très fortement développée par rapport au reste de l'utérus, faisant une saillie marquée dans la fosse iliaque droite. A la palpation, on constate une présentation de l'extrémité céphalique, profondément engagée en O. I. G. A. Les bruits du cœur sont bons ; les contractions se renouvellent environ toutes les 5 à 6 minutes.

Le toucher permet de faire les constatations suivantes : le doigt introduit dans le vagin, rencontre, après un trajet de 4 à 5 centimètres, un diaphragme transversal, perforé en son centre, d'un orifice grand environ comme une pièce de 5 fr. Les parois de ce diaphragme, assez épaisses et rigides, vont en s'amincissant depuis l'insertion vaginale jusqu'au bord libre. Pour tout observateur non prévenu, on pourrait croire à un col utérin dilaté comme 5 fr., car il nous a paru possible de faire le tour complet de cet orifice, d'ailleurs rigide et facile à délimiter. En arrière de ce diaphragme, on trouve un espace presque virtuel, qui le sépare du col.

Le col utérin est assez difficilement accessible, son exploration

étant gênée par la présence du diaphragme qui le précède ; on peut néanmoins constater qu'il est souple et dilaté comme 5 francs. La poche des eaux est intacte. La tête, très profondément engagée, paraît volumineuse.

M. Pottet, interne du service, qui examine la femme, n'arrive pas exactement aux mêmes conclusions que nous : il pense que le diaphragme n'est pas indépendant dans toute sa circonférence, mais soudé à la lèvre antérieure du col, avec laquelle il fait corps sur presque toute son étendue. L'union de ce diaphragme et de la lèvre du col, se termine dans la partie droite par une sorte de petit cul-de-sac qui arrête le doigt, et l'empêche de faire le tour complet du diaphragme. M. Pottet constate que la dilatation est bien de 5 fr., et que la tête, volumineuse, appuie bien par l'intermédiaire de la poche des eaux, sur l'orifice.

2 h. 15 soir : La femme présente des contractions assez fortes environ toutes les 5 minutes On examine de nouveau la femme, et l'on ne constate aucune modification dans la dilatation. Le diaphragme est rigide et fortement tendu par la pression de la poche des eaux. T. : 37°,2. P. : 84.

4 h. 30 soir : En examinant la femme, on constate que la dilatation n'a pas progressé. Mais les parois du diaphragme paraissent moins rigides et semblent avoir tendance à se confondre avec l'orifice du col. La dilatation du diaphragme paraît vouloir accompagner celle du col. Les contractions, assez fortes, se renouvellent environ toutes les 3 à 4 minutes.

7 h. 15 soir : Contractions fortes et fréquentes (environ toutes les 2 minutes). A l'examen de la femme, on constate que la dilatation reste stationnaire ; mais le pourtour de l'orifice du diaphragme vaginal paraît être moins rigide, ayant presque la consistance du col en voie de dilatation : il semble que les deux orifices vont se dilater simultanément.

10 h. 15 soir : M. Pottet examine la femme et constate que la dilatation du col a un peu progressé : elle est presque comme une petite paume. Le pourtour du diaphragme vaginal s'est en grande partie effacé sur les parois latérale droite et postérieure, mais persisté sur les parois latérale gauche et antérieure. M. Pottet, en fai-

sant avec le doigt une légère pression de haut en bas, parvient à effondrer et à effacer le petit cul-de-sac situé à l'union du diaphragme et de la lèvre antérieure du col, si bien qu'il ne reste plus à la partie antérieure qu'un bourrelet peu important et qui se confond presque complètement avec le col. Bruits du cœur fœtal très bons.

11 h. 40 soir : La femme accusant le besoin de pousser, est examinée et l'on est étonné de constater que la dilatation est complète. Il n'y a plus trace de bride ni de diaphragme vaginal en aucun endroit, et l'accouchement semble dès lors devoir se terminer normalement.

La poche des eaux rompue artificiellement, donne issue à une quantité moyenne de liquide amniotique légèrement teinté de méconium. Les bruits du cœur fœtal sont bons, la femme présente des contractions énergiques environ toutes les 3 à 4 minutes. On engage la femme à pousser et la période d'expulsion se déroule sans incident notable, pendant une heure. Après une série de contractions énergiques, la femme expulse spontanément une fille vivante du poids de 3.080 gr. qui crie aussitôt. Procubitus de la main postérieure. L'accouchement est terminé sans incident à minuit 40.

Dix minutes après, la femme perd une assez grande quantité de sang, et l'utérus est mou. Un massage utérin doux pratiqué dans le but de réveiller la contractilité de l'organe, amène l'expulsion du placenta, qui sort accompagné de ses membranes. Un suintement sanguin persistait assez abondant, l'examen de la vulve de la femme permet de reconnaître une petite déchirure muqueuse située au-dessus de l'urètre, et qui saigne abondamment ; un point de suture au catgut arrête l'hémorragie. Un autre point de catgut est placé sur une déchirure muqueuse de la lèvre gauche, face interne. P. : 80.

Le placenta pèse 600 gr. et ne présente aucune particularité ; les membranes sont complètes.

Suites de couches absolument normales.

Le 23 juillet 1908 : La femme ayant bien voulu revenir se présenter à la consultation de la Maternité, est examinée par M. Le-

page : on constate sur les parois latérales du vagin, une petite bride cicatricielle qui siège à gauche à 4 centimètres de l'orifice vulvaire et qui à droite est sur un plan légèrement postérieur. En arrière de ce rétrécissement très léger, on sent le col, libéré sur toute son étendue.

Pas de bride dans le cul-de-sac postérieur. Le col paraît bien revenu sur lui-même.

Observation XVI (personnelle).

Maternité, hôpital Boucicaut. Obs. n° 841.

B..., Pauline, 23 ans, III pare.

Parents bien portants.

Frères et sœurs bien portants.

A marché à 14 mois et toujours bien.

Réglée à 13 ans, régulièrement ; durée des règles 8 jours, non douloureuses.

Premiers rapports à 20 ans.

Multipare de trois. Les renseignements manquent sur ses deux premiers accouchements :

1er accouchement en 1906 prématuré à 7 mois, ne paraît pas avoir été dystocique ; enfant mort à 3 mois.

2e en 1907. Accouchement prématuré de 4 mois 1/2.

Grossesse actuelle : dernières règles du 20 au 28 février 1908.

Apparition des mouvements actifs à 4 mois.

Age de la grossesse au moment de l'accouchement : 7 mois environ.

Rien de particulier à signaler au cours de la grossesse.

La femme se présente à la Maternité le 19 septembre 1908, à 5 heures du matin, et est examinée par la sage-femme de garde qui constate une présentation du siège complet engagé en S. I. D P. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Au toucher on constate que la dilatation est comme 50 centimes, avec poche des eaux intacte. Le toucher permet de sentir une bride vaginale, verticale et sagittale, insérée d'une part en haut à la paroi vaginale latérale droite,

passant en diagonale devant le col utérin, pour venir après avoir décrit un arc de cercle à concavité dirigée à droite, s'insérer à nouveau en bas sur la paroi vaginale latérale droite à 2 ou 3 cent. au dessous de l'insertion supérieure. Cette bride, située entièrement dans le tiers postérieur du vagin, a une largeur égale à peu près au petit doigt, son insertion supérieure étant un peu plus large que son insertion inférieure. Dans son ensemble, elle est arrondie en forme de doigt. Cette bride, assez épaisse, est très souple, et sa présence ne paraît pas devoir faire naître de dystocie.

5 h. 15 matin : La dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément.

5 h. 40 : La femme ayant de fortes-contractions et poussant avec énergie, le pied antérieur apparaît à la vulve. A ce moment Mlle L..., sage-femme, examine la parturiente, et constate que l'enfant est à cheval sur la bride vaginale, le pied antérieur étant passé dans l'orifice ménagé entre celle-ci et la paroi vaginale. Grâce à la laxité de la bride, la main introduite peut facilement faire repasser le pied antérieur par dessus l'obstacle.

Le dégagement du tronc se fait sans difficulté ; mais le dégagement des épaules paraissait gêné : la main introduite à nouveau permet de constater que le bras postérieur est à son tour retenu par la bride vaginale qui passe au dessous de l'aisselle. Le dégagement de ce bras est un peu plus difficile que le dégagement du pied antérieur ; on éprouve quelque difficulté à faire plier l'avant-bras pour faire repasser le bras par dessus la bride. Aussitôt cette petite intervention faite, l'accouchement se termine ; la manœuvre de Mauriceau n'a même pas le temps d'être faite en raison du faible volume de la tête fœtale, qui est expulsée spontanément. Garçon vivant du poids de 1.950 grammes qui crie aussitôt.

Délivrance naturelle par expression simple : placenta 450 grammes. Pas de particularités à signaler.

Suites de couches absolument normales.

(Observation XVII (Inédite)

Clinique Baudelocque (Obs. n° 69, 15 janvier 1905).

Deux utérus. — Vagin cloisonné. — Expulsion prématurée du produit de conception.

X..., Anna, 24 ans, primipare, entrée à la clinique Baudelocque le 22 novembre 1904.

Antécédents héréditaires : Père mort diabétique. Mère morte d'affection cardiaque.

Antécédents personnels : Ne sait à quel âge elle a marché, mais a toujours bien marché.

Réglée à 14 ans, régulièrement, pendant 6 jours : règles douloureuses et peu abondantes.

Dernières règles du 29 juin au 6 juillet 1904.

Hauteur utérine : 25 centimètres.

Se repose depuis 3 mois au moment de son accouchement.

Pas d'albumine pendant la grossesse ni au moment de l'accouchement.

Examen général : Rien de particulier à signaler.

Examen obstétrical : Présentation de l'extrémité céphalique.

Auscultation : bonne.

Observation : Vomissements pendant les premiers jours d'août. Le 15 septembre, perte légère de sang noirâtre qui dure 24 heures et cesse spontanément.

Vers le 10 novembre : nouvelle perte de sang et de quelques petits caillots qui persiste jusqu'à l'entrée à la clinique le 22 novembre. Cette perte a été très abondante pendant les premiers jours ; elle s'accompagnait de contractions utérines douloureuses.

La femme ne perd plus ensuite que de l'eau rousse, pendant 15 jours environ. En même temps, douleurs persistantes et intenses, au niveau des fosses iliaques, surtout du côté gauche.

Pendant le séjour au dortoir, douleurs intenses et continues dans le ventre et les reins. Les pertes de sang ont cessé quelques jours après l'entrée et ont été remplacées par des écoulements d'eau rousse, et des pertes blanches.

29 novembre : Les bruits du cœur sont perçus ; on constate à l'examen la présence d'un vagin double, et de deux cols. Le fond de l'utérus est à 18 centimètres au-dessus du pubis.

14 janvier : 10 heures du matin, les contractions utérines deviennent régulières, survenant toutes les 15 minutes.

15 janvier : 4 heures du soir. A l'examen, l'utérus gravide situé à gauche, s'élève à 25 centimètres au-dessus du pubis ; l'utérus non gravide, situé à droite, dépasse le pubis de 14 centimètres et se contracte en même temps que l'utérus gravide ; ces deux utérus sont nettement séparés.

A l'auscultation, on perçoit des bruits du cœur sourds à gauche.

Au toucher : l'orifice utérin de gauche est dilaté comme 5 fr. Les membranes sont intactes : le fœtus se présente par le sommet. L'orifice utérin de droite difficilement accessible, est perméable ; le col complètement effacé.

A 8 h. 15 du soir, la dilatation est complète, on rompt les membranes, et à 9 heures du soir, la femme expulse spontanément un enfant vivant du poids de 1,270 grammes, qui meurt 7 heures après sa naissance.

Durée de la période d'expulsion : 45 minntes.

Durée totale du travail : 35 heures.

Délivrance 30 minutes après l'expulsion par expression française.

Le placenta qui est Châteaubriand, pèse 320 grammes.

Suites de couches normales.

La femme quitte la Clinique, en bon état, le 26 janvier 1905.

M. Pinard examine la femme le jour de son départ : à l'inspection, en écartant les grandes et les petites lèvres, on voit nettement la béance plus grande du vagin gauche, lequel a été traversé par le fœtus. Par le toucher, en introduisant deux doigts, on constate que le col gauche est également plus gros que le col droit.

Observation XVIII (Inédite).

Clinique Baudelocque. 9 février 1905 (Obs. n° 194).

Vagin cloisonné.

X..., Marie, 28 ans. II pare. Entre à la Clinique le 9 février 1905.

Antécédents héréditaires : Père mort à 34 ans de tuberculose. Mère morte à 37 ans.

Antécédents personnels : A marché à 9 mois et a toujours bien marché.

Réglée à 15 ans, régulièrement pendant 4 à 5 jours.

Grossesse antérieure : Mars 1904.

Accouchée chez elle. Avortement de 3 mois. Retour de couches, cinq semaines après. (Même père pour les deux grossesses).

Grossesse actuelle : Dernières règles du 5 au 8 mai 1904.

Hauteur utérine : 32 centimètres.

Cette femme, infirmière, ne s'est pas reposée pendant sa grossesse.

Pas d'albumine, ni au cours de la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

Examen général : Rien de particulier à signaler.

Examen obstétrical : Seins normaux.

Présentation : Sommet.

Engagement effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation bonne.

Apparition des premières douleurs : 9 février à minuit.

Entrée à la salle de travail, 9 février à midi.

A l'examen : en pratiquant le toucher, le doigt butte contre une bride qui affleure l'anneau hyménéal. Le toucher pratiqué alors avec deux doigts, permet de constater que cette bride constitue le bord inférieur d'une cloison épaisse qui occupe toute la hauteur du vagin, et le divise en deux parties droite et gauche. La partie gauche du vagin est notablement plus développée et plus spacieuse que la droite. Le col est unique et effacé ; l'orifice dilaté comme 0,50 centimes. Les doigts sentent simultanément une partie de l'orifice, de chaque côté de la cloison vaginale : on pourrait croire à l'existence de deux orifices complètement séparés. Dans l'aire des deux parties de l'orifice, on sent les membranes recouvrant la tête fœtale.

3 heures du soir : partie droite de l'orifice dilatée comme 2 fr. Celle de gauche comme 1 fr.

7 h. 45 soir : Dilatation complète ; la cloison s'accole à la paroi vaginale droite. Sous l'influence des efforts de la femme, la tête progresse lentement.

8 h. 55 : Expulsion spontanée d'un enfant vivant, pesant 3,300 grammes.

Après l'expulsion de l'enfant, on constate que la cloison vaginale s'est déchirée ; il n'en reste plus que deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 10.

Durée totale du travail : 20 h. 55.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement.

Le placenta pèse 500 grammes et ne présente rien de particulier.

Suites de couches normales : la femme quitte la Clinique le 18 février, en bon état.

Examen à la sortie : la cloison vaginale est déchirée sur toute sa hauteur, et ne persiste que sous forme de deux arêtes saillantes à peu près égales, insérées sur la partie médiane des parois vaginales antérieure et postérieure : un seul col.

Observation XIX (inédite).

Clinique Baudelocque, 18 janvier 1906. Obs. n° 109.

X... Marie, 20 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : parents vivants ; 2 frères vivants.

A marché à 10 mois et toujours bien depuis.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement tous les 5 à 6 mois, 7 à 8 jours.

Premiers rapports à 20 ans.

Date des dernières règles : 15 au 19 avril 1905.

Hauteur utérine : 34 centimètres.

Age de la grossesse au moment de l'accouchement : neuvième mois.

La femme est domestique, mais se repose à l'asile de l'avenue du Maine, depuis le 2 décembre.

Accidents pendant la grossesse : vomissements les deux premiers mois.

Pas d'albumine ni au cours de la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

Examen général : pas d'œdème, varices de la région inguinale.

Examen obstétrical : seins normaux. Tension des parois utérines moyenne. Présentation du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Bruits du cœur bons.

Femme hospitalisée à l'asile de l'avenue du Maine, depuis le 2 décembre, où on ne constate rien de particulier.

Arrivée à la clinique : 18 janvier à minuit.

H. U. : 34 centimètres.

O. I. G. A. : enfant vivant.

Dilatation : 1 franc. Membranes intactes. Le doigt a la sensation qu'il est emprisonné ; le vagin semble étroit.

1 h. 30 matin : dilatation 5 francs. Les mêmes constatations sont faites que précédemment.

En examinant plus attentivement le vagin, on s'aperçoit qu'une cloison antéro-postérieure divise le vagin en deux parties inégales, l'une droite large, et une gauche plus petite.

3 h. 15 matin : dilatation complète ; sous l'influence de la progression de la tête, la cloison se déchire ; léger écoulement de sang. Après l'accouchement, la bride vaginale ne persiste plus que sous forme d'un lambeau adhérent seulement à la partie postérieure du vagin. Pas d'hémorragie.

Début du travail : 18 janvier à 10 heures du soir.

Entrée à la salle de travail : 18 janvier à minuit.

Dilatation complète : 19 janvier à 3 h. 15 du matin.

Rupture des membranes spontanée, précoce, le 19 janvier à 1 heure du matin.

Liquide amniotique : opalescent.

Expulsion du fœtus : 19 janvier à 4 heures du matin.

Durée de la période d'expulsion : 45 minutes.

Légère lésion du périnée.

Enfant vivant du sexe féminin, du poids de 3.050 grammes.

Trente minutes après l'accouchement, extraction simple du placenta.

Poids du placenta : 390 grammes sans particularités.

Suites de couches normales.

La femme quitte la clinique en bon état, le 29 janvier.

Observation XX (Inédite).

Clinique Baudelocque, 24 mai 1906, n° 906.

Cloison vaginale transversale.

X..., Maria, 39 ans, primipare. Entrée à la salle de travail le 24 mai, à 6 heures du matin.

Antécédents héréditaires : Père inconnu. Mère morte à 70 ans. Deux frères et une sœur vivants. Un frère mort à 35 ans de congestion pulmonaire.

Antécédents personnels : ne sait à quel âge elle a marché, mais a toujours bien marché.

Réglée à 14 ans, régulièrement pendant 4 à 6 jours.

Premiers rapports à 30 ans.

Rougeole à 10 ans.

Date des dernières règles : 2 au 6 août.

Hauteur utérine : 34 centimètres.

Doit être à terme au moment de l'accouchement.

La femme est cuisinière, mais se repose depuis le mois de janvier.

Vomissements pendant les deux premiers mois de la grossesse. Pas d'albumine, ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

Examen général : ne présente rien de particulier à signaler.

Examen obstétrical : seins normaux.

Utérus : pas de fibrome accessible.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Variété et position : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 24 mai à 3 heures du matin.

En pratiquant le toucher, le doigt pénètre dans un entonnoir, dont le sommet est représenté par une cloison transversale, faisant un diaphragme percé en avant et à gauche d'un orifice par lequel on peut introduire la pulpe de l'index. Cette cloison est située à 3 centimètres environ au dessous de l'orifice du col.

Cette cloison est déchirée pendant l'accouchement.

Entrée à la salle de travail : 24 mai à 6 heures du matin.

Dilatation : comme 2 francs.

Dilatation complète : 24 mai à 11 h. 45 du matin.

Expulsion du fœtus : 24 mai à 12 h. 45 du matin, après une période d'expulsion de une heure.

Déchirure périnéale : 2 points de suture.

Durée totale du travail : 9 h. 45. Enfant du sexe masculin, vivant, du poids de 3.080 grammes

Extraction simple du placenta 30 minutes après l'accouchement, du poids de 450 grammes.

Pas de particularités à signaler.

Suites de couches normales. La femme sort en bon état le 4 juin 1906.

Observation XXI (Inédite).

Clinique Baudelocque, 8 décembre 1907 (Obs. 1934).

Plusieurs cloisons vaginales. Accouchement spontané

X..., Françoise, primipare, 30 ans.

Père mort à 64 ans d'affection pulmonaire. Mère vivante ; 6 frères et sœurs vivants ; deux morts en bas âge.

Ne sait à quel âge elle a marché.

Réglée à 15 ans, régulièrement, 6 à 7 jours chaque fois.

Pas d'antécédents pathologiques à signaler,

Dernières règles du 20 au 25 février 1907.

Hauteur utérine : 40 centimètres.

Fait des ménages en temps ordinaire, mais se repose depuis un mois.

Accidents au cours de la grossesse : Vomissements très fréquents et à toute heure du jour, pendant les 3 premiers mois de grossesse.

Pas d'albumine ni au cours de la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

Examen général : Rien de particulier à signaler.

Examen obstétrical : Seins normaux ; utérus : pas de fibrome accessible.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : Sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation ; bonne.

Le vagin présentait, à sa partie inférieure, une cloison antéro-postérieure, haute de 1 centimètre qui fut sectionnée au moment de la sortie de la tête : pas d'hémorragie.

L'entrée du vagin était aussi divisée en deux parties, dont la droite présentait une portion d'hymen encore intacte. Cette partie droite était elle-même divisée dans sa partie inférieure par une bride très petite, unissant l'hymen à la cloison antéro-postérieure (bride oblique en bas et en dedans). A la partie inférieure de la vulve, prolongeant la fourchette, un repli semi-lunaire.

Début du travail : le 8 décembre à 4 heures du matin (?).

Entrée à la salle de travail le 8 décembre à 4 heures du soir.

Dilatation complète : le 9 décembre à 8 heures du soir.

Rupture de la poche des eaux précoce : le 9 décembre à 2 heures du soir ; liquide amniotique : opalescent.

Expulsion du fœtus : 9 décembre à 10 h. 40 soir.

Durée de la période d'expulsion : 2 h. 40.

Pas de lésions du périnée.

Durée totale du travail : 42 h. 40 (?).

Enfant vivant, du sexe masculin, du poids de 4,300 grammes.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 760 grammes sans particularités.

Suites de couches normales. La femme quitte la Clinique en bon état le 19 décembre 1907.

Observation XXII (Résumée).

Hôpital : La Maternité, 6 mars 1905. Obs. n° 519.

Bride vaginale sectionnée pendant la période d'expulsion.

X..., 24 ans, primipare.

A fait ses premiers pas à 1 an et a toujours bien marché depuis.

Apparition des premières règles à 15 ans. Normales.

Albuminurie pendant la grossesse.

Apparition des premières douleurs : 6 mars, à 3 heures du matin, et vient à la Maternité.

Examen général : Rien de particulier à signaler.

Examen obstétrical : Volume de l'utérus normal.

Sommet engagé en D. P.

Au toucher, on constate dans le vagin la présence d'une bride antéro-postérieure, haute de 1 centimètre à 1 cent. 1/2 et divisant sur une petite étendue, le vagin en deux conduits.

6 mars, 7 heures matin : Rupture spontanée de la poche des eaux. Contractions fortes et régulières.

9 heures matin : Dilatation complète : la parturiente fait des efforts expulsifs : la tête s'applique fortement sur la bride. A ce moment l'interne du service met une pince à chaque extrémité de la cloison, et la sectionne entre les deux pinces. Les contractions sont très fortes. Les pinces sont enlevées. Il se fait une petite effusion de sang, mais la tête progressant fait compression et l'écoulement s'arrête. La tête opère son mouvement de rotation et se dégage. (10 h. 30 matin). Enfant vivant du sexe masculin, du poids de 3.600 grammes.

Délivrance naturelle et complète.

Placenta : 570 grammes sans particularités.

Suites de couches normales.

Observation XXIII (Résumée).

Hôpital : La Maternité, 4 septembre 1906. — Obs. 1904.

Cloisonnement transversal de la partie inférieure du vagin. — Dilatation du canal de l'urètre. — Membrane hyménéale percée d'un pertuis.

X..., 29 ans, primipare. Infirmière.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Ne sait pas à quel âge elle a marché.

Réglée à 12 ans, régulièrement, 4 ou 5 jours ; sans douleurs.

Dernières règles 15 décembre 1905. Urines normales.

Céphalalgie pendant toute la grossesse.

Le 29 août, la femme vient consulter à la Maternité. On constate à ce moment une malformation des organes génitaux, et l'on conseille à la femme de rester à l'hôpital. Elle s'y refuse en raison de ses occupations.

Le 4 septembre, ressentant les premières douleurs, la femme se présente à la Maternité et y est admise à 4 h. du matin.

Examen : Sommet profondément engagé en D. P. Bruits du cœur bons.

Mme la sage-femme en chef examine les organes génitaux de la parturiente : en écartant les grandes et les petites lèvres, on s'aperçoit qu'il existe au niveau de l'orifice vulvaire, deux orifices superposés : l'un supérieur qui n'est autre que le méat urinaire très dilaté ; l'autre inférieur représentant l'orifice hyménéal, dans lequel on ne peut introduire la pulpe du doigt, sans provoquer une violente douleur. On introduit dans l'orifice supérieur une sonde métallique, et en insinuant le doigt le long de la sonde, on voit qu'il est directement en rapport avec cette dernière, sans aucune interposition de membrane : il s'écoule une petite quantité de liquide.

Par le toucher rectal, on constate que la dilatation est presque complète.

M. le Dr Macé, examine la femme, et diagnostique un cloisonnement de la partie inférieure du vagin ; puis il pratique une incision antéro-postérieure et deux incisions latérales.

Peu de temps après cette intervention, la tête apparaît à la vulve et se dégage.

Accouchement spontané d'un enfant vivant, du sexe féminin, pesant 2.670 grammes, à 10 h. 30 du matin.

A 11 heures : extraction du placenta, du poids de 350 gr. sans particularités.

Suites de couches normales.

La femme quitte la Maternité le 19 septembre.

Observation XXIV (Résumée).

Hôpital : La Maternité, 23 octobre 1907. Obs. n° 2119.

Bride vaginale.

X..., 24 ans, primipare. Domestique.

Rien à signaler d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : A marché à 1 an et toujours bien.

Réglée à 11 ans, régulièrement.

Règles peu abondantes, durant 4 à 5 jours.

Rien de particulier à signaler comme antécédents pathologiques.

Dernières règles : 10 avril 1907.

Terme probable : 6 mois.

Rien à signaler au cours de la grossesse.

Pas d'albumine dans les urines.

Dans la nuit du 22 au 23 octobre, la femme, à la suite d'un rapport, perd une petite quantité d'eau et de sang, et ressent quelques douleurs. Le 23 octobre à 7 heures du matin, la femme se fait conduire à la Maternité, et étant reconnue en travail, est admise.

Examen : Utérus remontant à 28 centimètres.

Sommet engagé.

Bruits du cœur bons.

Dilatation d'une grande paume de main.

Membranes rompues.

10 h. 30 matin : La dilatation avance un peu, mais n'est pas complète.

Midi : La femme est examinée par l'aide de garde, qui, en pratiquant le toucher, constate la présence dans le vagin, d'une bride située au devant de la tête. Cette bride, flasque dans une partie de son étendue, est, au contraire, tendue dans l'autre partie.

A gauche, la bride est séparée de l'orifice du col par une distance de 3 à 4 centimètres.

Mme la Sage-femme en chef, prévenue, examine la femme, constate la présence de la bride vaginale, qu'elle amène au dehors. L'interne du service appelé sectionne la bride entre deux ligatures.

La femme est alors remise dans son lit, et ne tarde pas à expulser le produit de conception, spontanément à 1 heure du soir.

Enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 1,900 grammes.

Délivrance naturelle : placenta, 380 grammes sans particularités.

Suites de couches normales.

Observation XXV (Résumée).

Hôpital : La Maternité, 24 janvier 1908. Obs. n° 191.

Bassin rétréci. — Diamèt. promonto-sous-pubien : 9,8. — Siège complet en G. A. — Enfant vivant. — Bride vaginale sectionnée.

X..., 20 ans, I pare.

A marché à 4 ans, ignore la cause de ce retard.

Dernières règles : 27 mai 1907.

Terme probable de la grossesse : 8 mois 1/2.

Presentation et position : siège complet en S. I. G. A.

Bruits du cœur : bons.

Urines normales.

Entrée à la salle d'accouchements : le 23 janvier à 3 heures du soir avec une dilatation comme 2 francs.

Dilatation complète : le 24 janvier 1908 à 3 h. 35 du soir.

Liquide amniotique : normal.

Accouchement spontané le 24 janvier 1908, à 4 h. 15 du soir.

Observation. — Femme de petite taille : 1 m. 34.

Colonne vertébrale droite ; la partie supérieure du tronc ne présente rien de particulier. Membres inférieurs petits et légèrement incurvés.

Diamètres externes du bassin :

Bi-épineux : 21.

Bi-crêté : 25.

Bi-trochantérien : 27.

Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 cent. 8.

Examen obstétrical : utérus remontant à 35 centimètres.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Le 24 janvier 1908 on examine la femme, et on constate un siège complet en S. I. G. A.

11 heures du matin : les contractions deviennent régulières et efficaces, la poche des eaux bombe fortement, mais le siège reste toujours élevé, et n'appuie pas sur l'orifice.

12 h. 15 : rupture spontanée de la poche des eaux. A ce moment dilatation comme une petite paume.

Bruits du cœur : bons.

2 h. soir : dilatation comme une grande paume.

3 h. 35 soir : la dilatation paraît complète, mais il existe une bride vaginale sur le côté droit, qui empêche la progression de la partie fœtale.

M^me^ la Sage-Femme en chef la sectionne, en mettant de chaque côté de la partie sectionnée, une pince hémostatique.

Dès que cette intervention est faite, l'accouchement se termine facilement.

Enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 2.350 grammes.

Placenta du poids de 400 grammes, présente une caduque épaissie. Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

I. — Les brides et cloisonnements vaginaux sont des malformations assez rares, qui en raison de leur grande variété, se prêtent mal à une description d'ensemble. Un seul point leur est commun : leur origine embryogénique.

II. — C'est en effet à l'embryologie qu'il faut s'adresser pour expliquer leur formation, résultant d'un arrêt dans l'évolution des canaux de Müller et du canal vestibulaire de Legay.

III. — Les cloisonnements du vagin peuvent être longitudinaux ou transversaux, et dans le premier cas, ils coïncident souvent avec un cloisonnement parallèle de la cavité utérine. Les cloisonnements transversaux peuvent être complets ou incomplets réduits parfois à de simples débris ou brides membraneux.

IV. — L'étiologie de ces malformations semble assez mal connue : l'hérédité pour Pozzi, entre certainement en jeu, mais la cause immédiate de la malformation est un arrêt dans « l'évolution morphologique » ou pendant la croissance organique.

V. — La symptomatologie est assez effacée au moins dans la majorité des cas : souvent la femme ignore complètement sa malformation, souvent c'est par hasard

qu'au cours d'un examen elle est découverte par le médecin. C'est seulement dans les cas de diaphragme transversal complet, que l'on peut observer les accidents graves dus à la rétention des règles.

VI. — D'ailleurs d'une façon générale, la présence d'une bride ou cloison vaginale aggrave peu le pronostic de l'accouchement, qui le plus souvent se termine spontanément. La dystocie est presque toujours légère, mais peut exister aussi bien dans la présentation du siège que dans celle du sommet.

VII. — Le point essentiel du traitement est de ne pas se presser d'intervenir, de savoir attendre : dans la majorité des cas, l'accouchement est susceptible de se terminer spontanément. Si le travail ne progresse pas, et si l'enfant souffre, section de l'obstacle, et terminaison aussi rapide que possible de l'accouchement, pour parer au danger d'hémorragie. Tamponnement ou mieux suture des plaies vaginales, qui peuvent être une porte ouverte à l'infection.

Dans des cas tout-à-fait exceptionnels, savoir préférer à la complication si grave de la rupture utérine, une intervention par la voie haute.

Vu :
Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen :
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer:
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auvard. *Traité pratique d'accouchements*, 1890.

Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, 1900.

Bernard. *Des cloisons congénitales du vagin au point de vue obstétrical.* Th. Paris, 1898.

Boissard et Coudert. Dystocie par bride congénitale du vagin. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1901, IV, 71 74.

Budin. *Obstétrique et Gynécologie*, 1885.

Budin et Crouzat. *La pratique des accouchements.*

Budin et Demelin. *Manuel d'accouchements et d'allaitement.*

Cazeaux. *Traité d'accouchements*, 1870.

Charpentier. *Traité pratique des accouchements*, 1883, t. II.

Cruveilher. *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1849.

Debierre. *Vices de conformation des organes génito-urinaires de la femme.*

Delaunay. *Etude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet d'origine congénitale.* Th. Paris, 1877.

Gosselin. *Clinique chirurgicale*, 1873.

Hertwig. *Traité d'embryologie.* Traduction française, 1891.

Huchon. *Contribution à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse.* Th. Paris, 1901.

Kœlliker. *Traité d'embryologie.* 1882.

Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie.*

Lachapelle (M^me^). Deux cas. *Pratique des Accouchements*, t. III.

Lefort. *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.* Th. agrégation Paris, 1863,

Lyon. *Essai sur les rétrécissements du vagin, congénitaux et acquis.* Th. Paris, 1887.

Magendie-Husté. *Etude sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical*, Th. Paris, 1895.

Manolescu. *Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme.* Th. Paris, 1897.
Mauriceau, *Traité des femmes grosses.*
Nélaton. *Eléments de pathologie chirurgicale,* 1859.
Petit-Lardier. *Malformations congénitales du vagin.* Th. Paris 1907.
Picot. *Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical.* Th. Paris, 1891.
Picqué. *Encyclopédie internationale de chirurgie,* t. VII.
Pinard. *Traité du palper abdominal.*
Pozzi. *Traité de Gynécologie,* 3e éd., p. 1209.
Rambaud. *Contribution à l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme.* Th. Paris, 1899.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'Obstétrique.*
Rivalta. *Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'hymen et du vagin.* Th. Paris, 1898.
Robin. *Des causes de dystocie provenant du conduit vulvo-utérin.* Th. Paris, 1845.
Ruisch. *Observ. anat.*, t. I, n° XXII. Trad. Palfin ; — Nouvelle édit. de B. Bondon, Paris, 1734, p. 238.
Sabathier. Th. Paris, 1818.
Tarnier *et* Budin. *Traité de l'art des Accouchements,* t. III, 1890.
Tourneux. *Traité d'embryologie.*
Velpeau. *Traité d'accouchements,* t. I.
Wallich. *Eléments d'Obstétrique.* Paris, 1908.

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon (2860-11-8)

Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués